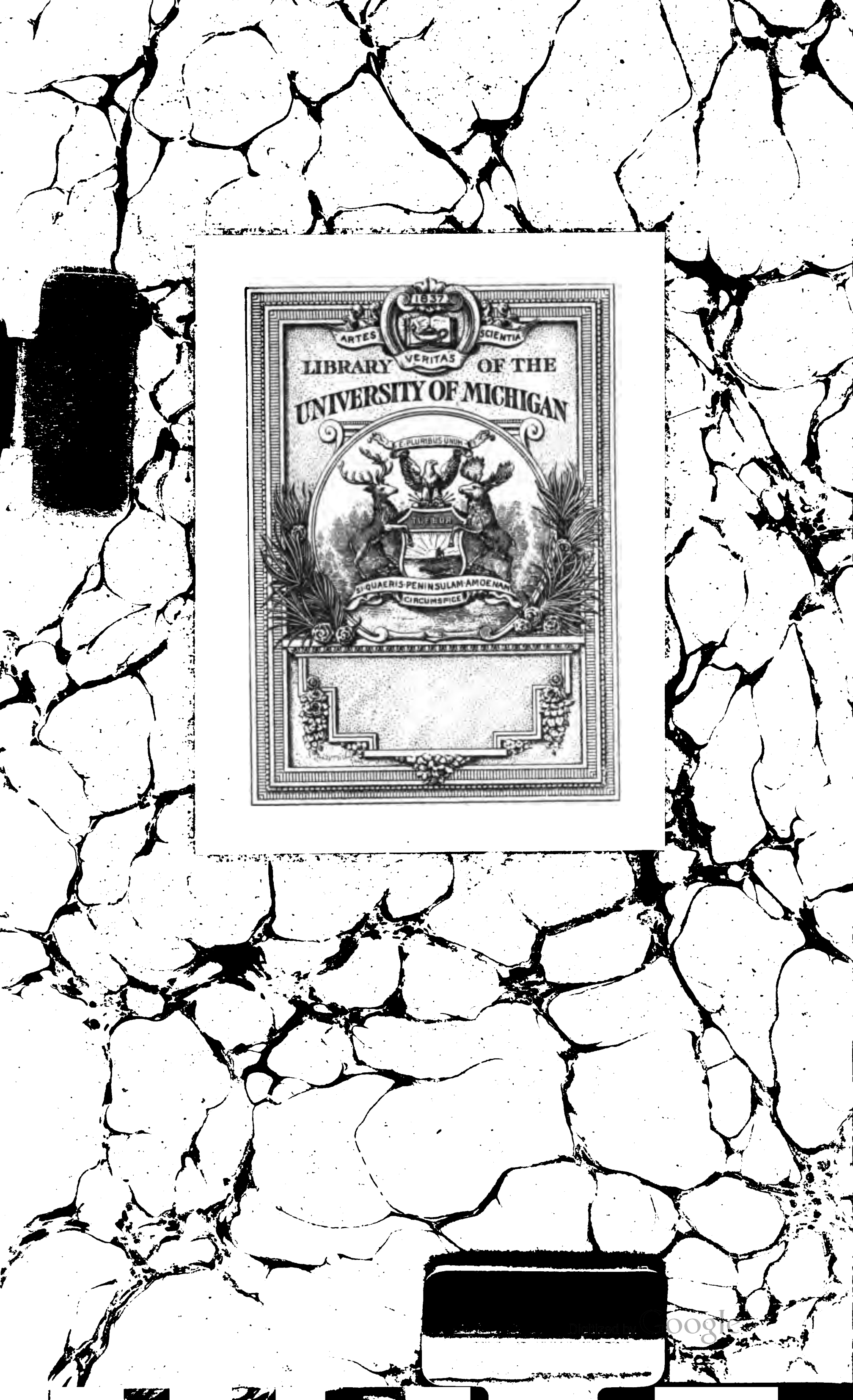
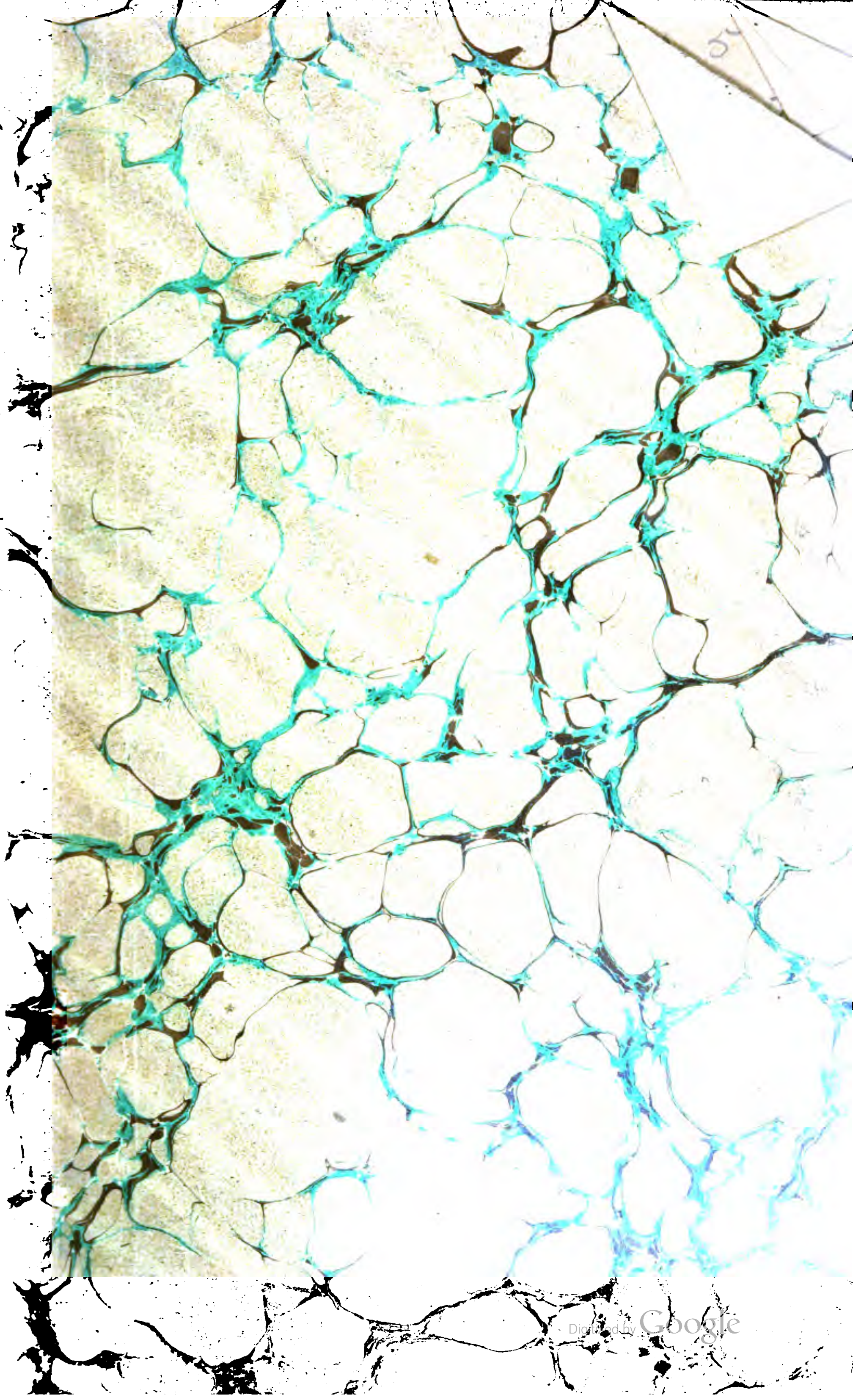




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE





RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

N° 111. — Imprimerie typographique des Enfants de Bicêtre.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1890

PAR

BOURNEVILLE

MÉDECIN DE BICÊTE

Avec la collaboration de

MM. CAMESCASSE, ISCH-WALL, MORAX, RAOULT,
SEGLAS et P. SOLLIER.

INTERNES et ANCIENS INTERNES DU SERVICE.

Volume XI.
Avec 16 figures dans le texte et 10 planches.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

Vve BABÉ et Cie,
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine.

1891

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1890.

(Bicêtre et Fondation Vallée.)

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : Bicêtre.

Histoire du service pendant l'année 1890.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Nous rappellerons que la section comprend trois groupes : 1° Les *enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES ; — 2° les *enfants idiots*, *gâteux ou non gâteux*, *épileptiques ou non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres*, *valides*, *imbéciles*, *arriérés*, *épileptiques et hystériques ou non*.

I. — *Enfants idiots, gâteux, épileptiques ou non*, mais INVALIDES. — Ils se subdivisent en deux catégories : la première est composée d'idiots gâteux, ne parlant ni ne marchant, mais la plupart susceptibles

d'amélioration. Ils sont soumis à un certain nombre d'exercices que nous avons décrits précédemment. On leur apprend à se tenir debout à l'aide des barres parallèles, à marcher, soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du chariot. On fortifie leurs membres en les fléchissant et étendant alternativement, en leur faisant des frictions stimulantes, etc. Dès qu'ils sont capables de marcher, ils sont envoyés à la petite école, d'abord le matin pendant quelque temps, puis toute la journée aussitôt que leurs forces le permettent.— La seconde catégorie comprend des idiots tout à fait incurables et des enfants atteints d'épilepsie, devenus gâteux ou déments sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent. Ils ne sont plus, en général, que l'objet de soins hygiéniques.

II. *Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non,* mais VALIDES. (*Petite école*). — Ces enfants fréquentent la petite école confiée exclusivement à des femmes. 213 enfants y ont été inscrits dans l'année. Sur ce nombre 4 sont décédés, 6 sont sortis définitivement, 12 sont passés à la grande école, 5 sont passés aux adultes, 2 ont été transférés. Sur les 184 enfants qui restaient au 31 décembre 1890, 45 se servent de la cuiller seulement, 91 de la cuiller et de la fourchette, 48 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. 6 enfants sont devenus propres (1).

Tous les enfants vont à la petite gymnastique (système Pichery), sauf quatre venant des gâteux invalides et qui étaient trop infirmes pour y prendre part.

(1) Ce sont les enfants Boy.., Kasn.., Maur.., Mazi.., Reness.. et Vivi..

Un seul a pu suivre les exercices de la grande gymnastique. 27 enfants ont été envoyés aux ateliers comme apprentis dans le cours de l'année, savoir : 2 menuisiers, 5 cordonniers, 2 vanniers et 18 tailleurs.

Le *traitement du gâtisme*, qui consiste à placer les gâteux à des heures régulières sur les sièges d'aisances ; les *leçons de toilette* (lavage de la figure, des mains, entretien de la chevelure, cirage des souliers, etc.), les *exercices des mains* (fermer, ouvrir les mains, agiter les doigts, les allonger, les étendre et les plier simultanément ou isolément, etc.), la *gymnastique*, les *leçons* de *choses*, l'*éducation des sens* et de la *parole* (exercices de prononciation), les *promenades* avec *interrogation*, etc., constituent comme toujours la base de l'enseignement.

Depuis plusieurs années, nous envoyons à tour de rôle, durant les mois d'octobre, novembre et décembre, nos instituteurs, nos institutrices et nos meilleurs infirmiers à l'Institution des sourds-muets, afin de s'y rendre compte des procédés employés pour apprendre aux sourds-muets à parler. De la sorte, tout le personnel enseignant comprend mieux les moyens qu'ils ont à employer pour les enfants idiots et qui sont empruntés soit à Séguin, soit à notre expérience personnelle. Aussi devons-nous remercier M. Javal, directeur des sourds-muets, du concours qu'il veut bien nous prêter en faisant bon accueil à notre personnel enseignant. De plus, cette année, nous avons envoyé nos trois instituteurs et cinq institutrices ou infirmières à l'Institution des jeunes aveugles, afin qu'ils puissent s'intéresser davantage et être plus utiles aux idiots aveugles du service.

III. *Enfants propres* et *valides*, *imbéciles*, *arriérés instables*, *pervers*, *épileptiques et hystériques ou non*.. *Grande école*. — La population de cette école était de 164 enfants au 1er janvier 1890 et de 181 au 31 décembre de la mêmeannée .

Au mois d'avril, deux enfants Picard et Taësch ont passé avec succès l'examen pour le certificat d'études (1) ; trois autres, Merlet, Lebrun, et J. Ressayre ont également obtenu ce certificat au mois de juin.

Les *projections* à la lumière oxhydrique ont eu lieu régulièrement tous les jeudis de 9 heures à 11 heures. Parmi les sujets, notons la reproduction des tableaux du musée de Versailles, relatifs à l'histoire de France, et 74 vues sur les temps préhistoriques et l'origine de la Gaule (2).

De nouvelles instructions ont été données au personnel des deux écoles pour noter avec plus de détails encore tout ce qui concerne la voix, la parole, l'attention, la compréhension, etc.

Nous avons fait composer par les enfants de notre atelier d'imprimerie deux volumes de *Recueils de chants* l'un pour la grande école, l'autre pour la petite. La préface, dédiée aux enfants de Bicêtre, que nous avons placée en tête du premier volume, indique le but que nous avons poursuivi.

Ce Recueil, disions-nous aux enfants, a été composé pour vous Nous espérons que vous l'accueillerez avec plaisir. Les chants qu'il contient ont été divisés en quatre groupes Le premier renferme les chants nationaux que tous les Français doivent

(1) 14 infirmiers de Bicêtre, sur 14 et 5 infirmières sur 6 ont eu en même temps leur certificat.

(2) Une séance spéciale a été faite avec les mêmes vues dans la salle de lecture de la bibliothèpue de l'hospice pour les infirmiers et les infirmières.

savoir par cœur; le second groupe comprend une série de chants patriotiques destinés à mieux vous faire aimer la France et à vous faire comprendre les devoirs que vous avez à remplir envers elle. Dans la troisième partie, nous avons réuni tous les chants qui accompagnent vos exercices de gymnastique. La dernière contient des chansons sur les métiers, les saisons, la vie et les travaux champêtres, etc., qui toutes, sous une forme plus attrayante, contribueront à graver dans votre mémoire des notions qui vous sont enseignées chaque jour.

Lorsque, guéris, vous nous aurez quitté, à l'atelier ou chez vos parents, vous répéterez ce que vous aurez appris ici, « et vous retrouverez le souvenir de bonnes idées et de bons sentiments.» Avec nous, vous remercierez vos maîtres de l'école primaire d'avoir collaboré à ce petit volume en recherchant les chansons qui pouvaient le mieux vous plaire, et vos camarades de l'atelier d'imprimerie de la peine qu'ils se sont donnée pour vous à les composer et à les imprimer.

Le Conseil municipal de Paris et l'administration de l'Assistance publique sous la direction libérale de M. Peyron ne cessent pas de s'intéresser à vous. Grâce à eux et au concours si dévoué que nous prêtent chaque jour l'inspecteur de l'administration, M. Imard, notre directeur, M. Pinon, et notre économe, M. Baron, nous avons les moyens de réaliser toutes les mesures qui peuvent contribuer à votre guérison. Et nous appropriant ce qu'écrivait un des plus illustres médecins de cette maison, Leuret il y a 50 ans, en tête d'un volume analogue destiné aux adultes, nous vous dirons: Prenez donc courage, suivez avec persévérance le chemin qui vous est tracé. Si vous êtes dociles à nos conseils, votre santé se raffermira, vos crises et vos idées maladives disparaîtront et le séjour dans l'hospice cessant de vous être nécessaire, munis d'un métier qui fera de vous des hommes utiles, nous nous empresserons de vous rendre à vos familles. Le jour où nous pourrons vous accorder votre sortie, soyez convaincus que nous serons aussi heureux que vous le serez vous-mêmes. »

Nous n'avons eu qu'à nous louer du personnel enseignant aussi bien des maîtresses que des maîtres. Deux de ces derniers, M. Boutillier et M. Goy ont obtenu les palmes académiques, récompense des

efforts constants qu'ils font pour nous aider à relever la situation physique, morale et matérielle des enfants qui nous sont confiés. Aussi remercions-nous vivement notre ami M. Léon Bourgeois, ministre de l'instruction publique de s'être souvenu de ce qu'il avait constaté dans ses visites à la section des enfants de Bicêtre, alors qu'il était secrétaire général de la préfecture de la Seine (1).

Depuis notre arrivée dans le service (1879), nous avons fait établir des *cahiers scolaires* de la façon suivante : Dès qu'un enfant parvient à tracer des lignes, nous ouvrons son cahier sur lequel nous lui faisons tracer une page de bâtons ; puis, tous les trois mois, on le fait écrire sur le même cahier. Enfin, quand il a fait des progrès notables tous les mois, on lui fait faire sur ce cahier quelques lignes d'écriture, une dictée, des additions, etc., etc. Les résultats obtenus par les maîtres et les maîtresses ressortent ainsi d'une manière évidente. La PLANCHE X qui accompagne l'observation du microcéphale Jan. donne une idée de ces cahiers scolaires.

Nous avons déjà indiqué notre manière de procéder en ce qui concerne les *photographies des malades* : photographie à l'entrée, ensuite tous les deux ou trois ans, suivaut les changements qu'on observe chez l'enfant. La PLANCHE I, relative à l'enfant Dars.. permet d'apprécier les avantages de cette application de la photographie aux changements en bien ou en mal survenus chez les malades. (Voir aussi PL. VII, VIII et IX).

Promenades et distractions. — Les enfants de la

(1) Le traitement de l'un de nos instituteurs. M. Boyer, qui est attaché à l'école depuis le 1er mars 1886 a été porté de 1800 fr. à 2100.

Grande école et ceux de la petite école qui sont propres (1) ont continué à faire de nombreuses promenades soit à Paris, soitdansles communes voisines : Luxembourg, Jardin des Plantes, Parc de Montsouris, Place de l'Hôtel de Ville, du Lion de Belfort, Bois de Vincennes, Musée du Louvre, (2) à la Foire aux pains d'épices de la place de la Nation où les directeurs de trois théâtres forains (M. M. Corvi, Delille et Legois) leur ont offert gracieusement, selon une coutume déjà ancienne, des représentations. Mentionnons les promenades aux fêtes de Gentilly, d'Ivry, d'Arcueil, etc.

Tous les enfants sont allés au jardin d'Acclimatation, dont le directeur M. Geoffroy Saint-Hilaire a l'obligeance, chaque année, de nous envoyer des cartes d'entrée (3). Citons encore la visite au musée des arts décoratifs et à l'exposition des arts appliqués à l'industrie dont les portes leur ont été libéralement ouvertes par MM. Antonin Proust et A. Muzet. Ces promenades n'ont donné lieu à aucun accident capable d'attirer l'attention et de troubler la tranquillité publique. Le maximum des accès survenus au cours de ces promenades a été de quatre. Le nombre des enfants qui y ont pris part s'est élevé jusqu'à 185 à la fois.

Mentionnons enfin les *distractions diverses* communes à tous les enfants valides, distractions partagées par les petites filles de la Fondation Vallée : 1er janvier, distribution de jouets et de bonbons ; 16 janvier, distri-

(1) Les enfants gâteux sont promenés dans les jardins et dans les cours de l'hospice ou aux environs.

(2) On a choisi deux séries composées des enfants les plus raisonnables.

(3) Nous en demandons et en obtenons également pour les enfants de la Salpêtrière.

bution de jouets de la *Lanterne ;* Fêtes du mardi gras et de la mi-carême (distribution de beignets et de gâteaux, déguisements); matinées dramatiques organisées avec beaucoup d'habilité et de zèle, par l'un des instituteurs, M. Boyer; 2 avril, concert des frères Lionnet, séance gratuite de pupazzi, par M. Darthenay, etc., etc. Les parents des enfants qui le désirent assistent aux matinées dramatiques.

Ces promenades et ces distractions, outre qu'elles font grand plaisir aux enfants, contribuent à leur bien-être physique et servent à leur instruction. Les en priver constitue une punition auxquels ils sont très sensibles (1).

Visites. — Les enfants ont reçu 7.494 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 10.889. Voici la statistique des permissions de sortie et des congés.

Permissions de sortie :	1 jour	136
—	2 —	67
Congés	3 —	61
—	4 —	82
—	5 —	61
—	8 —	348
—	15 —	5
—	2 —	2
	Total	762

Nous ne pouvons, à ce propos, que rappeler ce que nous avons dit: « Jamais il n'est résulté d'inconvénients ni des permissions de sortie, ni des congés. Ils contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs

(1) Les *punitions* consistent en : 1° privation de vin, 2° mise en cellule, 3° suppression de promenades; 4° suppression de la visite des parents, et, 5°, des permissions de sortie et des congés. Dès qu'un enfant promet d'être plus obéissant et de ne pas commettre de nouvelles fautes la punition *doit être levée*.

enfants et comme ceux-ci y tiennent beaucoup, la crainte de ne pas en profiter contribue à maintenir la discipline. « Ajoutés aux promenades et aux distractions, répèterons-nous, ils rendent le séjour de l'Asile plus supportable aux malades et rapprochent autant que possible notre section d'un *hôpital* ou d'un *pensionnat ordinaire*.

Vaccinations et revaccinations. — Elles ont été au nombre de 131: 117 enfants du service, 14 infirmiers et infirmières. Suivant l'habitude, elles ont été pratiquées sous notre direction et celles de nos internes par les élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre.

Service dentaire. — Notre ami le Dr CRUET, ancien interne des hôpitaux, continue ses visites bi-mensuelles aux enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Les résultats obtenus au point de vue de l'hygiène de la bouche et d'une meilleure dentition des enfants sont excellents.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré de Yvon et du bromure de camphre du Dr Clin et des médicaments antiscrofuleux ont continué à être la base du traitement pendant l'année 1890. Nous avons essayé en outre le *bromure de rubidium* seul et le *bromure double d'ammonium et de rubidium*. Il a été donné dans l'année 18.000 bains, répartis ainsi :



Bains simples	8.1[illegible]4
— salés	8.036
— d'amidon	0.781
— alcalin	1.372
— de son	0.015
Total	18.000
Bains de pieds	8.075 (1)
Douches aux enfants	53.799 (2)
Douches à des malades externes	959
Total	5.4758 (3)

Améliorations diverses. — Afin d'obvier aux inconvénients occasionnés par l'encombrement du rez-de-chaussée sous-sol du pavillon d'isolement où sont réunis les teigneux, nous avons fait aménager le rez-de-chaussée de l'infirmerie (26 avril). — Le sous-surveillant veilleur de la division des aliénés a été déchargé de la surveillance de la section qui a été confiée à une suppléante de nuit. — Les veilleurs et les veilleuses qui couchaient dans les boxes des dortoirs ont été installés dans les chambres isolées du rez-de-chaussée de deux pavillons récemment construits (novembre). Le 14 de ce même mois l'achèvement des derniers pavillons des la section nous a permis d'évacuer la salle Leuret de la 3e section que nous avions dû garder jusqu'à cette époque.

Lors de la visite de la commission du Conseil

(1) Les enfants de la Fondation Vallée ont pris 255 bains de pieds dans le service de Bicêtre.

(2) Les enfants de la Fondation Vallée ont pris en outre 3.202 douches.

(3) Voir, au sujet de l'emploi de l'*hydrothérapie* chez les malades de notre service les *Comptes rendus* 1880 à ce jour à l'article *bains et hydrothérapie,* ainsi que la thèse de Bricon, parue en 1882.

général, nous avons réclamé la modification du parcours dn *tramvay* du square Cluny à Bicêtre et demandé qu'il vienne passer devant l'hospice même. Nous avons fait signer par les administrés de l'hospice une pétition dans le même sens qui a été adressée le 4 décembre au Conseil général.

Visites du service.—Dr. O. W. Archibald; Dr Antony, agrégé du Val de Grace, accompagné de 32 élèves; ils ont laissé un don de 50 francs qui nous a permis de constituer le noyau de la petite *bibliothèque récréative,* que nous projetions depuis longtemps ; Diamantberger, Duchatelet (de Tunis); les Drs Bernhard (de Mayence), Corson, Ferisie, Feulard, Frank (de Budapest), Furguensen et Thlers (de Copenhague), Huet, J. de Lantsheere, Moczutkonovsky, Lacombe, médecin de l'hôpital Bichat, Ladame (de (Genève,) Morax, Onanoff, Mlle Marie Lebedeff, Peré (de Rennes), Dr O. Rie (de Vienne), Drr J. N. Neaw, L. Neumark, Raichling, Schuttleworth, médecin directeur de Royal Albert Asylum for idiots (Lancaster), J. Spandding, Trapeznikoff, Dr J. A. Tschudnowsky. Citons encore les visites de notre maître M. Charcot, celle de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés, présidée par M. Barbier, de la commission du Conseil général; M. M. François Coppée, P. Bourget, F. Magnard, A. Gaston Crémieux, Duplan, conseiller général, Le Roux, sous-directeur des affaires départementales, Robin directeur de l'orphelinat Prévost, M. de Foucault, architecte des hôpitaux de Marseille, M. M. Manoninow et Manassevitch, délégués du Gouvernement russe, à l'effet d'étudier les institutions philanthropiques, M. Quinet et Guenot architectes. — Nous espé-

rons que ces visites porteront leurs fruits et contribueront à rendre plus facile l'organisation de l'assistance des Enfants idiots et épileptiques, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Maladies épidémiques. — Dans le courant de l'année, le *pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses* a reçu : 5 cas de *rougeole* terminés par la guèrison ; 14 cas de *scarlatine,* (1 décès) ; 2 cas de *diphtérie* (2 décès), survenus l'un en mars, l'autre en décembre ; 2 cas de *varicelle* ; 9 cas de *coqueluche.* Enfin le 31 décembre, il restait encore 27 teigneux, dont trois appartenaient à la fondation Vallée. — Le pavillon de dortoir qui avait été affecté aux malades atteints de l'*influenza* a été évacué le 21 janvier.

Musée pathologique. — Le musée, placé sous la surveillance de notre ancien interne M. P. Sollier, s'est augmenté notablement en 1890, ainsi que le montre le tableau comparatif ci-après.

	1885	1886	1887	1888	1889	1890
	—	—	—	—	—	—
Bustes et plâtres	100	136	161	180	206	231
Plâtres divers	18	24	24	28	30	33
Squelettes entiers	»	»	»	»	5	11
— de la tête	17	22	25	38	45	58
Calottes crâniennes	100	123	156	177	190	207
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (adultes et enfants)	101	129	152	188	310	335

Nous avons continué à reprendre, dans le cimetière de la commune (Gentilly), lors du relèvement, des corps des malades décédés il y a plus de cinq ans, les crânes et les squelettes entiers, quand il s'agit d'hémiplégi-

ques. C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis février 1887.

Le musée reçoit en outre: toutes les photographies des malades décédés, leurs observations qui sont reliées en volume, chaque année, les photographies des cerveaux, qui forment aujourd'hui 7 Albums (1).

II.

Enseignement professionnel.

Cet enseignement a été dirigé, en 1890, de même qu'en 1889, par M. Leroy, pour la *menuiserie*; Alène, pour la *couture*; Bénard, pour la *serrurerie*; Dumoulin, pour la *cordonnerie*; Mercier, pour la *brosserie* Morin, pour la *vannerie*, le *rempaillage* et le *cannage* des chaises; Maréchallat, pour l'*imprimerie*.

Nous n'avons eu, comme par le passé, qu'à nous louer de tous les maîtres de l'enseignement professionnel, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à l'instruction professionnelle des enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur donner. Aussi serons-nous heureux de voir l'Administration les en récompenser en accueillant la demande que nous lui avons adressée de les admettre successivement à jouir de la *pension de repos* qu'elle accorde aux sous-employés et aux infirmiers. Cette proposition que nous avons renouvelée lors de la visite de la commission du Conseil général ne ferait que réaliser un acte de justice.

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier de nouveau nos collaborateurs MM. Hubert et Hurel, qui apportent le plus grand zèle à l'exécution des photographies et des moulages.



Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus.

ATELIERS	DATE DE L'OUVERTURE	NOMBRE des APPRENTIS		VALEUR DE LA MAIN D'ŒUVRE	
		Janv.	Déce.		
Menuiserie...	26 août 1883	23	24	6343 fr.	»
Cordonnerie..	8 octo. 1883	34	38	2963	25
Couture......	8 octo. 1883	72	61	6859	50
Serrurerie....	16 janv. 1884	17	11	3416	»
Vannerie.....	20 octo. 1884	11	13	3020	10
Rempaillage..	20 octo. 1884	19	13	394	50
Brosserie.....	26 nov. 1888	8	10	3882	50
Imprimerie...	8 juin. 1889	3	13	3054	05
		187	183	29932. 90	

Les *sept* maitres (1) sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50. Cette somme, étant déduite de celle du travail des enfants (29.932 fr. 90) il reste un bénéfice de 13.325 fr. 40, soit 2.990 fr. de plus qu'en 1889. Ces chiffres, établis soigneusement par l'inspecteur du service d'architecture M. Delahaye et par M. Baron, économe, montrent que le travail des enfants non seulement couvre la dépense occasionnée par le salaire de leurs maîtres, mais encore, et au-delà, l'intérêt du capital (210.000 fr.) engagé dans la construction des ateliers. « C'est là d'ailleurs, répèterons-nous, une considération secondaire. En effet, l'enseignement professionnel rend des services d'un ordre bien autrement supérieur. Il permet, redi-

(1) La vannerie, le rempaillage et le cannage des chaises sont confiés au même maître.

rons-nous encore, de donner à un certain nombre d'enfants un métier qui, à leur sortie, le mettra en mesure de gagner leur vie. Quelques-uns ont déjà quitté l'hospice et sont placés; d'autres le seront aussitôt que les circonstances le permettront. Il nous aide à donner à un plus grand nombre d'enfants le moyen d'atténuer, dans une proportion variable, le sacrifice que la Société s'impose pour eux. Précisons par un exemple : Nous avons à l'atelier de couture 24 hémiplégiques, c'est-à-dire des malheureux condamnés presque certainement à passer toute leur existence à l'hospice, 5 sont déjà de bons tailleurs, la plupart des autres le deviendront. Autrefois, ils ne savaient rien faire ; maintenant, grâce à l'enseignement qu'ils reçoivent une fois passés aux épileptiques adultes, s'ils ont encore des accès, ou passés dans les divisions de l'hospice, s'ils n'en ont plus, ils pourront travailler à l'atelier commun de la maison et leur travail compensera en partie, et pendant de longues années, les dépenses de leur entretien, en même temps qu'il leur fournira quelques ressources personnelles.

Trois apprentis, sachant leur métier, sont sortis dans le courant de l'année. Ce sont : Bruck, Glène (serruriers) et Dalex (tailleur).

Le tableau suivant fait voir que le nombre des enfants qui profitent de l'enseignement professionnel est allé en augmentant. Cette progression s'arrêtera bientôt, quand nous aurons la population entière que doit contenir la section.

	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890
Cordonniers	6	4	10	20	25	41	34	38	34	56
Menuisiers..	5	12	18	28	26	31	32	34	23	35
Rempaileurs	1	1	1	»	»	11	12	18	19	19
Serruriers..	2	3	4	10	13	17	13	17	17	23
Tailleurs...	3	5	12	21	24	45	58	72	72	83
Tonneliers..	2	4	3	3	3	»	»	»	»	»
Vanniers...	»	»	»	5	6	8	12	11	11	14
Brossiers ...	»	»	»	»	»	»	»	2	8	13
Imprimeurs.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	15
Totaux.....	19	29	48	87	97	153	161	192	187	258

Pour compléter l'enseignement professionnel nous n'avons pas cessé de réclamer la création d'une place de *maître jardinier*. Parmi les raisons qui la justifient, nous rappellerons les suivantes: 1° un certain nombre de nos enfants n'ont pas d'aptitude pour les métiers sédentaires ou l'insuffisance de leur intelligence ne leur permet pas d'en profiter. Mais, en revanche, ils aiment les gros travaux et seraient utilisés au jardinage avec fruit pour eux et l'administration. 2° Nous tenons beaucoup à ce que les enfants assistent à toutes les opérations de jardinage et de culture qui se font dans nos jardins et nos champs. Eh bien, malgré nos réclamations, il arrive souvent que ces opérations s'exécutent sans que les maîtres aient été prévenus et aient pu y conduire les enfants. Bien des *leçons de choses* sont ainssi perdues. Ce n'est pas mauvais vouloir du chef jardinier de l'hospice; comme il a à s'occuper d'un vaste domaine, qu'il n'est pas chargé d'enseigner les enfants, il donne des instructions à ses

agents qui, eux, agissent à leurs fantaisies. 3° Nous ajouterons que ce maître jardinier pourrait être chargé du jardin de la Fondation Vallée qu'il cultiverait avec ses apprentis et qu'il rendrait également des services, au point de vue des leçons de choses, aux petites filles de cet établissement.

III.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le premier janvier 1890, il restait dans le service 393 enfants : 369 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits aliénés, et 24 réputés non aliénés ; sur ce chiffre 15 enfants étaient atteints de surdi-mutité et six étaient aveugles. Voici le mouvement de la population en 1890 :

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.	TRANSFERTS.	ÉVASIONS.
Janvier	4	5	8	1	»
Février	6	1	5	1	»
Mars	4	2	3	»	»
Avril	7	1	3	«	»
Mai	1	«	4	3	»
Juin	2	1	5	»	»
Juillet	7	1	1	»	»
Août	3	»	2	1	»
Septembre	40	1	2	»	2
Octobre	6	3	3	»	»
Novembre	11	2	50	»	»
Décembre	5	2	4	»	»
Totaux	96	19	90	6	2

(1) Nous avons délivré 60 bulletins pour le placement d'enfants à des familles qui sont venues nous demander des conseils à notre consultation. (Voir notre *Compte-rendu* de 1889, p. XLII.)

Décès. — Ils ont été au nombre de 19 (1) ; le tableau ci-après donne le diagnostic, la date et la cause du décès, et quelques-unes des particularités présentées par les malades (Voir p. XXII).

Sorties. — 6 des malades sortants sont passés dans les divisions de l'Hospice ne présentant plus d'accès ou étant suffisamment améliorés, au point de vue mental, pour vivre en liberté, mais étant atteints de maladies ou d'infirmités incurables; 58 ont été dirigés sur les autres sections de la division des aliénés soit comme épileptiques, soit comme idiots ou imbéciles, incapables d'être mis en liberté. Le tableau suivant indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteints les malades (Voir p. XXX).

Evasions. — Elles ont été de 2, Danglet.. et Rob..

Population au 31 décembre 1890. — Il restait à cette date dans le service 372 enfants se décomposant ainsi : 354 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits aliénés et 18 réputés non aliénés. Sur ce chiffre 5 enfants sont affectés de surdi-mutité et 8 sont aveugles.

Personnel du service en 1890. — Le personnel était ainsi composé : 1° pour le *service médical* : un interne titulaire, M. Morax, un interne provisoire, M. Flœrsheim et M. le Dr P. Sollier, conservateur du musée pathologique; 2° pour le *service scolaire; a) grande Ecole :* d'un instituteur, M. Boutillier et de deux instituteurs adjoints, MM. Boyer et Mesnard ; d'un profes-

(1). Nous avons fait figurer, dans ce tableau, en raison de leur petit nombre, les 5 décès de la Fondation Vallée en 1890.

seur de chant, M. Pény ; d'un professeur de gymnastique, M. Goy, de deux moniteurs, administrés de l'hospice ; d'un maître d'escrime, M. Caudroy ; d'un maître de danse, M. Ygounet; d'un suppléant, M. Joly, et de trois infirmiers, garçons de classe, dont un ayant le grade de premier infirmier ; — *b*) *petite école* : de M[lle] Bl. Agnus, surveillante, de M[lle] A. Bohain et Ferret, sous-surveillantes, et de M[me] Péju, suppléante ; — 3° pour l'*enseignement professionnel* : de sept maîtres dont nous avons donné les noms plus haut ; — 4° pour le *service hospitalier* : de M. Agnus, surveillant ; de M. Siégel, sous-surveillant ; de M[me] Bié, sous-surveillante (Bâtiment des gâteux) (1) ; de M[lle] Athénaïs Bohain, suppléante (infirmerie) ; de M[me] Gladel, suppléante de nuit ; de 29 infirmiers et de 33 infirmières de jour ou de nuit ; d'un baigneur (suppléant), M. Givalois ; d'un perruquier et d'un portier ; total du personnel secondaire, 78.

(1) Elle a remplacé M[me] Joliot, décédée le 24 novembre et que nous avions dans notre service depuis onze ans.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Date du décès.
Guitta... . .	8 ans 1/2	Imbécillité. Epilepsie.	5 janvier.
Lebouc.. . .	6 ans.	Idiotie congénitale par arrêt de développement.	11 —
Révilla.., . .	17 ans.	Idiotie légère hydrocéphalique. Epilepsie.	12 —
Pint... . . .	22 ans 1/2	Imbécillité. Epilepsie.	12 —
Sore... . . .	8 ans.	Idiotie. Hydrocéphalie.	18 —
Ren... . . .	12 ans.	Idiotie. Epilepsie.	7 février.

CAUSES DE DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Adénopathie tuberculeuse du cou.	Grand père paternel mort d'apoplexie. Grand' mère paternelle, syncopes, excès de boisson. Arrière grand père maternel, excès de boison. Né à 7 mois. Premières convulsions à 9 jours; puis à 13 mois. Quotidiennes de 2 à 6 ans. État chagriné presque généralisé du cerveau. Pas de thymus. Glande thyroïde, 5 gr.
Pneumonie lobaire.	Père, crises nerveuses de 20 à 23 ans. Grand' mère hémiplégique. Convulsions à 2 ans 1/2. Tics. Hernie inguinale. P. de thymus. Gl. thyroïde, 5 gr.
Pneumonie lobaire.	Grand mère maternelle goitreuse. Oncle paternel bègue, suicidé. Arrière grand père paternel mort de paralysie. Premières convulsions à un an. Etat de mal. Gatisme. Aptitude musicale. Dilatation des ventricules latéraux et du 4e ventricule. Différence de 45 gr. en faveur de l'hémisphère droit. Pas d'indication sur le thymus et la glande thyroïde.
Pleuro-pneumonie.	Père, frère et tante hystéro-épileptiques. Cousin épileptique. Cousin hydrocéphale. Gémellarité. Convulsions le 2e jour de la naissance 1er accès à 12 ans. Pleuro-pneumonie gauche. Méningite purulente. P. de thymus. Gl. thy. 23 gr.
Cachexie progressive.	Gd' tante maternelle, aliénée; oncle maternel excès de boisson. Asymétrie de la base du crâne. Hydrocéphalie surtout du côté gauche. Hémisphère droit 560 gr. Hémisphère gauche 420 gr. Sclérose des lobes pariétal et temporal gauches. P. de thymus. Gl. thy. 8 gr.
Cachexie progressive.	Hérédité nerveuse et vésanique bi-latérale très chargée. 1res convulsions à six mois. Convulsions tous les quinze jours jusqu'à 2 ans; puis 4 à 5 fois par an jusqu'à 5 ans, débutant à droite. Parésie du membre supérieur droit. Circonvolutions grêles, fermes, sans noyaux de sclérose disséminée. (Voir son OBS. p. 21). P. de thymus. Gl. thy. 10 gr.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Date du décès.
Margal...	17 ans.	Epilepsie.	4 mars.
Ars...	10 ans.	Idiotie.	12 mars.
Berl...	12 ans.	Imbécillité. Paraplégie spasmodique. Atrophie du nerf optique. Tumeur cérébrale.	6 avril.
Dess.. (Mlle) — Fondation Vallée.	15 ans 1/2.	Imbécillité. Epilepsie.	15 —
Duf... (Mlle). — Fondation Vallée.	7 ans.	Idiotie complète symptomatique de méningite.	15 juin.
Ser...	16 ans.	Instabilité mentale. Arriération intellectuelle. Insuffisance aortique.	15 juin.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Etat de mal.	Père convulsions. Excès de boisson. Grand père paternel suicidé. Cousine germaine morte de méningite. Nombreux alcooliques. Asphyxie à la naissance. Peur à 5 ans. Début de l'épilepsie 3 mois après. Aspect chagriné des circonvolutions frontales droites. Pas d'indication pour le thymus. Gl. thy. 15 gr.
Croup.	Grand'mère paternelle et grand oncle excès de boisson. Mère migraineuse alcoolique. Grand mère buveuse. 2 frères morts de méningite. Asphyxie à la naissance. Sclérose cérébrale disséminée portant surtout sur la zone motrice, la circonvolution du corps calleux et le lobe occipital des deux côtés. Pas d'indication sur le thymus. Gl. thy. 10 gr. (Voir p. 33).
Fracture du crâne.	Mère convulsions de l'enfance; frère et sœur morts de convulsions. 1er accident à 7 ans. Accès rares. Persistance de la fontanelle antérieure, fracture du pariétal. Tumeurs du cervelet. Pas de thymus. (Voir p. 41).
Pneumonie.	Père: migraine ophthalmique avec cécité transitoire puis permanente. Asphyxie à la naissance. 1er accès à 14 ans. Onanisme invétéré avec les mains et les cuisses. Gangrène cutanée des cuisses. Suspension des accès pendant la gangrène. Etat chagriné de plusieurs circonvolutions. Pas de thymus. Gl. thy. 14 gr.
Congestion méningitique.	Hérédité paternelle et maternelle très chargée: coup de sang, idiotie, surdi-mutité, convulsions, hémiplégie, migraine. Emotion maternelle au 5me mois. Asphyxie à la naissance. Convulsions dès la naissance. Onanisme. Accès de cris. Congestion méningée. Adhérences nombreuses, surtout à gauche. Pas de thymus. Gl. thy. 5 gr.
Insuffisance aortique. Congestion pulmonaire.	Père et grand-père alcooliques. — Frère mort de convulsions. —Rien de particulier au cerveau. Thymus, 7 gr. Glande thyroïde 12 gr.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Date du décès.
Bon,.. . . .	16 ans.	Epilepsie. Syphilis.	9 juillet.
Pet. Louise. . — **Fondation Vallée.**	13 ans.	Idiotie méningitique.	16 —
Dani.. . . . — **Fondation Vallée.**	5 ans.	Idiotie complète par arrêt de développement congénital.	10 août.
Gard.. . . . — **Fondation Vallée.**	2 ans.	Idiotie complète.	13 —
Kreb	5 ans 1/2.	Idiotie	22 septemb.
Bru	4 ans 1/2	Idiotie complète.	14 octobre.
Foss.. . . .	4 ans.	Idiotie; syphilis.	25 octobre.
Tronch... . .	8 ans.	Idiotie. Trigonocéphalie.	28 —

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Congestion pulmonaire.	Père épileptique. — Grand-père épileptique. — Oncle paternel tiqueux. Grand père maternel asthmatique. Grand mère maternelle, hémorrhagie cérébrale. Convulsions internes. Début de l'épilepsie vers 5 ans. Léger degré d'hydrocéphalie. Adhérences de la pie-mère. Pas de thymus. Glande thyroïde 6 gr..
Cachexie progressive.	Grand-père paternel alcoolique, apoplexie. Mère sourde-muette, convulsions dans l'enfance. Grand-père maternel alcoolique, suicidé. Arrière grand-père mort aliéné. Sœur morte de convulsions. Adhérences des méninges. Aspect chagriné du lobe temporo-occipital avec induration. Pas de thymus. Gl. thyroïd. 9 gr.
Congestion pulmonaire.	Mère, grand père et tante strabiques. Persistance du thymus. Congestion pulmonaire avec infarctus. Congestion et ecchymoses de la pie-mère. Adhérences légères presque partout. Thymus 5 gr. Glande thyroïde 5 gr.
Cachexie progressive.	Père alcoolique. Mère migraineuse. Frère mort de convulsions. 500 gr. de liquide céphalo-rachidien Hydrocéphalie ventriculaire. Persistanee du thymus. 5 grammes. Glande thyroïde 10 gr.
Hydrocéphalie aigüe. Méningite,	Convulsions à 18 mois. Hydrocéphalie, Méningite. Pas d'indication sur le thymus. Glande thyroïde 12 gr.
Cachexie progressive.	Asphyxie à la naissance. Convulsions à 4 mois. Contracture de la jambe gauche. Tics. Gâtisme. Rien de particulier dans les centres nerveux. Persistance du thymus. Congestion pulmonaire. Thymus, 3 à 4 gr. Pas d'indication sur la glande thyroïde.
Apoplexie.	Double ramollissement cérébral occupant tout le territoire de la cérébrale antérieure. Epaississement des méninges et adhérences anciennes. Grannulations tuberculeuses récentes. Méningite. Pneumonie caséeuse. Pas de thymus. Gl. thyr. 12 gr.
Congestion pulmonaire.	Epaississement et adhérences de la pie-mère. Congestion pulmonaire. Pas de thymus. Gl. thyr. 5 (voir p. 54).

NOMS.	AGES.	MALADIES.	DATE DU DÉCÈS.
Lég... . . .	18 ans.	Idiotie symptomatique.	3 novemb.
Goz... . . .	13 ans 1/2.	Imbécillité.	30 novemb.
Lefeb . . .	4 ans 1/2.	Idiotie complète.	5 décemb.
Neh... . . .	7 ans.	Épilepsie.	24 décemb.
Ribie	2 ans 1/2	Idiotie.	30 décemb.

Nous avons pris l'habitude, autant que possible, de relever le poids du *thymus* et de la *glande thyroïde*. Sur 24 autopsies, 4 d'entre elles ne renferment aucune indication sur le thymus; 14 fois, il n'en restait plus de traces; enfin 6 fois nous

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS,
Cachexie progressive:	Tante et cousines paternelles, arrière-cousine maternelle suicidées. Convulsions internes à 9 mois. Double pied bot varus. Rien dans les centres nerveux à la vue. Tuberculose rénale et capsulaire. Pas de thymus. Gl. thyr. 20 gr.
Pleurésie, Congestion pulmonaire.	Père alcoolique. Mère migraineuse. Grand-père alcoolique. Trois cousins morts de convulsions. Asphyxie à la naissance. Crises à 6 ans. Hydrocéphalie unilatérale gauche. Pleurésie gauche. P. de thymus. Gl. thyr. 20 gr.
Congestion pulmonaire.	Adhérences de la pie-mère. Aspect gélatiniforme du cerveau. Persistance du thymus (5 gr.) P. d'indication sur la gl. thyr.
Diphtérie.	Sœur morte de convulsions. Peur de la mère à 8 mois 1/2. Convulsions à 5 mois, jusqu'à 14 mois. Convulsions mensuelles plus fortes, ensuite, accès épileptiques à 4 ans. Adhérences nombreuses et profondes. État chagriné de la corne d'Ammon. Persistance du thymus. Gl. thyr. 15 gr.
Congestion pulmonaire.	Mère, manie puerpérale. Convulsions dès la naissance pendant 3 ou 4 jours. Persistance du thymus (4 gr.) Adhérences de la dure-mère au crâne. Pas d'indication sur la gl. thyr.

avons trouvé des fragments de cet organe dont le poids a varié de 7 à 4 ou 3 grammes. Il serait intéressant de comparer, à cet égard, les enfants sains avec les nôtres. Nous espérons y arriver un jour.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSE DE LA SORTIE.
Sil.........	21 ans.	Tailleur.	Imbécillité; hémiplégie gauche symptomatiques de sclérose atrophique du cerveau.	Passé aux Vieillards le 10 Janvier.
Pin.........	20 ans.	Tailleur.	Imbécillité; hémiplégie droite avec athétose symtomatique et sclérose atrophique du cerveau.	Passé aux Vieillards le 11 Janvier.
Debéthu ...	20 ans.	Cordonnier.	Imbécillité (fatuitas) et déformations rachitiques multiples (23 fractures).	Passé aux Vieillards le 14 Janvier.
Ley........	20 ans.	Rempailleur	Idiotie; syndactylie et polydactylie; tache érectile.	Passé aux Vieillards le 14 Janvier.
Lem	17 ans.	Imprimeur.	Epilepsie symptomatique; accidents procursifs.	Non rentré de congé. Sorti définitivement le 16 Janvier.
Noir........	20 ans.	Vannier.	Imbécillité symptomatique; hydrocéphalie, cécité (atrophie des nerfs optiques.)	Passé aux Vieillards le 17 Janvier.
Gama	17 ans.	Menuisier.	Hébéphrénie.	Etait en congé renouvelable. Sorti définitivement le 18 Janvier. Continue son métier.
Mer........	6 ans.	»	Epilepsie.	Transféré le 31 Janvier.

Bru........	17 ans.	Serrurier.	Imbécillité et instabilité mentale (fugues ; mise en correction).	Rendu à son père, qui lui fait continuer son métier, le 31 Janvier.
Mil.........	19 ans.	—	Idiotie congénitale complète.	Passé aux adultes de la 5e Do 2e So le 1er Février.
Ven........	20 ans.	Rempailleur	Imbécillité symptomatique d'hydrocéphalie. Cécité.	Passé aux vieillards le 5 Février.
Far	21 ans.	Tailleur.	Imbécillité ; hémiplégie droite avec athétose. Tics ; troubles trophiques.	Passé aux vieillards le 10 Février.
Mat........	21 ans.	Tailleur.	Imbécillité ; hémiplégie droite avec contracture et atrophie. Pityriasis versicolor et système pileux plus développés sur le côté gauche que sur le côté paralysé. Erythème pernio n'existant que sur le pied et la jambe paralysés.	Passé aux vieillards le 15 Février.
Lam........	17 ans.	Brossier.	Hébéphrénie ; alternatives d'excitation maniaque et de mélancolie.	Amélioration très notable. Rendu à sa mère, qui le réclamait, le 24 février.
Bil.........	8 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré à Mâcon le 25 Février.
Rob	16 ans.	Cordonnier.	Imbécillité : hystérie.	Amélioration très notabe, guérison de l'hystérie ; continue son métier de cordonnier (8 mars.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Bon........	16 ans.	Cordonnier.	Imbécillité et épilepsie.	Amélioré, réclamé par sa mère 20) mars).
Altv........	20 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts; alcoolisme, kleptomanie.	Amélioré considérablement; s'est engagé pour être soldat (22 mars).
Riv.........	21 ans.	Tailleur.	Imbécillité et hémiplégie gauche symptomatiques d'atrophie cérébrale. Système pileux moins développé sur la moitié droite de la face et la moitié gauche du corps.	Passé aux vieillards le 14 avril.
Zir.........	22 ans.	Tailleur.	Imbécillité et hémiplégie gauche symptômatiques de sclérose atrophique du cerveau.	Passé à la 5me 2me le 22 avril (voir thèse de Vuillamié, 1882).
Gre........	23 ans.	—	Idiotie méningo-encéphalitique gâtisme; rumination.	Passé à la 5me 2me le 22 avril (voir le *Compte-rendu* de 1883, p. 45).
Boe........	16 ans.	Tailleur.	Epilepsie symptômatique avec affaiblissement paralytique du côté gauche; tendance à la démence.	Transféré à l'asile de Maréville le 2 mai.
Pin........	19 ans.	B rossier.	Imbécillité.	Passé à la 5me 1re le 5 mai.
Fill ·.......	7 ans.	—	Idiotie.	Transféré dans la Nièvre le 5 mai.

Ruel	18 ans.	Brossier.	Imbécillité prononcée avec perversion des instincts.	Passé à la 5me 2me le 8 mai.
Brou.......	20 ans.	—	Idiotie complète symptomatique de sclérose.	Passé à la 5me 1re le 14 mai.
Ren	16 ans.	Tailleur.	Epilepsie symptomatique ; instabilité mentale.	Transféré à Armentières le 12 mai.
Hav........	21 ans.	—	Idiotie consécutive à une méningite.	Passé à la 5me 1re le 30 mai.
Mon........	20 ans.	Cordonnier.	Imbécillité prononcée avec bégaiement et surdité symptomatique de sclérose cérébrale.	Passé à la 5me 2me le 17 juin.
Dét	20 ans. 1/2	—	Idiotie congénitale, aggravée par des convulsions à 4 ans ; hypospadias.	Passé à la 5me 1re le 17 juin.
Mon	ans.	Cordonnier.	Imbécillité congénitale.	Passé à la 5e 1re le 27 juin.
Cou........	20 ans. 1/2	Tailleur.	Microcéphalie, imbécillité, hémiplégie droite.	Passé à la 5e 1re le 28 juin 1890.
Ves........	18 ans.	Imprimeur.	Epilepsie symptomatique. Léger affaiblissement du côté droit.	Sorti le 28 juin 1890. Réclamé par sa famille.
Lau........	18 ans. 1/2	Menuisier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Etait en congé renouvelabe. Sorti définitivement le 2 Aôut 1890,
Car	18 ans.	Menuisier.	Imbécillité ; périodes d'excitation.	Disparu depuis le 13 juillet. Défalqué le 4 Aôut

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Leb........	12 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré à Rennes le 8 Août 1890.
Dal.........	15 ans.	Tailleur.	Arriération intellectuelle, hémiplégie droite, et épilepsie consécutive.	Sorti le 8 Septembre 1890. Etait en congé ; réclamé par sa famille.
Dang.......	20 ans.	Serrurier.	Epilepsie; périodes d'excitation	Evadé de la promenade le 18 Septembre. Défalqué le 25.
Rob........	17 ans. 1/2.	Cordonnier.	Instabilité mentale et arriération intellectuelle.	Evadé de la promenade le 18 Septembre. Défalqué le 25.
Red........	8 ans.	Menuisier.	Idiotie complète avec paralysie des 4 membres.	Réclamé par sa famille 26 Septembre.
Charp......	19 ans 1/2.	Menuisier.	Idiotie symptomatique, troubles prononcés de la parole.	Sorti pour rester avec sa sœur il travail de son métier, le 30 Juillet.
Theul......	18 ans.	Menuisier.	Imbécillité et instabilité mentale.	Sorti le 9 Octobre. Etait en congé renouvelable pour travailler avec son père de son métier de menuisier.
Boul.......	9 ans.	—	Idiotie légère.	Amélioration ; guéri du gàtisme. Réclamé par sa mère. Sorti le 2 Novembre.
Glèn.......	22 ans.	Serrurier.	Epilepsie.	Sorti le 18 Octobre, travaille de son métier. Réclamé par sa sœur.
Frass.......	13 ans.	Tailleur.	Idiotie ; strabisme ; aptitudes musicales.	Rendu le 28 Octobre à sa mère qui doit l'envoyer en Corse.

Deva	19 ans.	Serrurier.	Imbécillité.	Passé aux adultes à la 5e 2e, le 4 novembre.
Rochet	18 a. 1/2	Cordonnier.	Imbécillité congénitale.	Passé aux adultes à la 5e 2e, le 4 novembre.
Mailla	19 a. 1/2	Taiileur.	Imbécillité.	Passé aux adultes à la 5e 2e, le 4 novembre.
Fleurim	19 ans.	Menuisier.	Imbécillité. Kleptomamie.	Passé aux adultes à la 5e 2e, le 4 novembre 1890.
Duva	25 ans.	Pailleur.	Imbécillité. Goitre.	Passé aux adultes à la 5e 1e, le 5 novembre 1890.
Boissel	18 a. 1/2	Pailleur.	Imbécillité prononcée. Hémiplégie gauche.	Passé aux adultes, à la 5e 1e le 5 novembre 1890.
Robin	18 ans.	Cordonnier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, à la 5e 1e le 6 novembre 1890.
Cire	19 a. 1[2	Tailleur.	Imbécillité.	Passé aux adultes, à la 5e 1e le 6 novembre 1890.
Berg	11 ans.		Imbécillité.	Rendu à sa mère le 6 novembre.
Pizel	11 a. 1/2		Imbécillité.	Rendu à sa mère qui l'emmène à Nancy, le 13 novembre.
Kilma	22 a. 1/2	Menuisier.	Epilepsie symptomatique.	Rendu à sa mère le 13 novem. doit partir le 15 Ct dans un bat. de chasseurs.
Bertr.	18 a. 1/2	Tailleur.	Imbécillité, hémiplégie gauche avec athétose; épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Bordel	21 a. 1/2	Tailleur.	Idiotie et hémiplégie gauche. Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Brun	19 ans.	Tailleur.	Idiotie et hémiplégie droite avec athétose. Hypospadias.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Dangleter ..	20 ans.	Serrurier.	Epilepsie; périodes d'excitation.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Dantign	18 a. 1/2	M enuisier.	Epilepsie; perversion des instincts.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
More	19 ans.	Tailleur.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Murai	18 ans.	Tailleur.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Vitur	21 a. 1/2		Idiotie complète. Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Caille	18 a. 1/2	Cordonnier.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890
Chré	23 ans.	Cordonnier.	Epilepsie symptomatique.	Passé au adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Hendl	19 ans.	Menuisier .	Imbécillité ; perversion des instincts.	Passé aux adultes à la 5e 2e, le 14 novembre 1890.
Huber	22 a. 1/2	Serrurier.	Épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.

Hanni......	20 a. 1/2	Serrurier.	Épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 14 novembre 1890.
Harte......	19 ans.	Tailleur.	Epilepsie; imbécillité.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 14 novembre 1890.
Hunsik.....	21 a. 1/2	Menuisier.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 14 novembre 1890.
Jeunes.....	21 ans.	Menuisier.	Épilepsie idiopathique.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 14 novembre 1890. Amélioration très notable.
Delfor.....	21 ans.	Cordonnier.	Imbécillité prononcée; tuberculose; abcès ombilical.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 14 novembre 1890.
Girardo....	18 a. 1/2	Cordonnier.	Imbécillité; épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e3e, le 14 novembre 1890.
Mige.......	20 ans.	Tailleur.	Imbécillité, hémiplégie droite et épilepsie symptomatiques de sclérose atrophique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Hébe.......	18 a. 1/2	Serrurier.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Lapeyron..	18 ans.	Tailleur.	Épilepsie idiopathique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Carli.......	21 a. 1/2		Épilepsie idiopathique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Brouck.....	18 a. 1/2	Tailleur.	Epilepsie; démence.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Darti	20 ans.	Tailleur.	Idiotie, hémiplégie gauche et épilepsie symptomatiques de sclérose.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Auber......	20 a. 1/2	Brossier.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Rami.......	20 ans.	Menuisier.	Epilepsie idiopathique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Sino	20 a. 1/2	Cordonnier.	Imbécillité; hémiplégie droite et épilepsie symptomatiques de sclérose atrophique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Rou........	20 a. 1/2	Tailleur.	Imbécillité. Epilepsie symptomatique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Vién	18 a. 1/2	Cordonnier.	Epilepsie idiopathique. Kleptomanie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Vulc	18 ans.	Tailleur.	Imbécillité, hémiplégie gauche et épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Witk.......	18 a. 1/2	Tailleur.	Imbécillité. Hémiplégie gauche.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Lega.......	20 a. 1/2	Serrurier.	Imbécillité. Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 11 novembre. Amélioration très notable.

Legran.....	19 a. 1/2	Cordonnier.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre.
Luca......	18 a. 1/2	Cordonnier.	Épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Merci......	22 a. 1/2	Menuisier.	Épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Mérita.....	20 a. 1/2	Vannier.	Imbécillité. Hémiplégie droite. Épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 4e, le 14 novembre 1890.
Bel	18 ans.	Rempailleur	Épilepsie symptomatique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Dani.......	19 a. 1/2	Cordonnier.	Épilepsie idiopathique.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 14 novembre 1890.
Grani......	20 a. 1/2	Vannier.	Imbécillité congénitale.	Passé aux adultes à la 5e 1e, le 1er décembre 1890.
Poins	14 ans.		Imbécillité prononcée; gâtisme.	Amélioration notable, devenu propre; progrès pour la parole. Réclamé par ses parents le 14 décembre.
Cambo.....	8 a. 1/2		Imbécillité,	Sorti le 24 décembre 1890.
Abri........	5 ans.		Epilepsie et hémipléhie infantile.	Sorti en permission de 8 jours, sa mère a écrit à M. le Directeur qu'elle le gardait; défalqué le 30 décembre.

IV.

La nouvelle section. — Construction des trois derniers pavillons.

Dans notre dernier *Compte rendu*, celui de 1889, nous avons donné des renseignements sur le projet d'achèvement de la section des enfants, consistant dans la construction des trois derniers pavillons. Nous avons reproduit la discussion dont ce projet a été l'occasion au Conseil de surveillance, discussion qui mettait une fois de plus en relief l'hostilité de certains membres de ce conseil contre la nouvelle section d'enfants qu'ils n'ont même pas visitée. Nous ajoutions que, à la fin de décembre 1889, le gros œuvre des trois pavillons était à peu près terminé.

Les travaux, conduits avec un peu trop de lenteur à notre gré, n'ont permis d'occuper les pavillons que le 14 novembre 1890.

Deux de ces pavillons, affectés à des dortoirs, sont absolument semblables, comme construction et aménagement intérieur, aux autres pavillons de dortoirs. Ils se composent chacun de deux salles de 20 lits, au rez-de-chaussée, et de 10 chambres pour le personnel dans la moitié nord des sous-sols qui, là, par suite de la disposition fortement inclinée du sol, constituent de véritables rez-de-chaussées. Ces pavillons sont reliés à la grande galerie de communication inférieure par deux petites galeries perpendiculaires (*Fig.* 1.)

Le troisième bâtiment a été élevé sur le prolongement du *bâtiment des Écoles*, sans solution de conti-

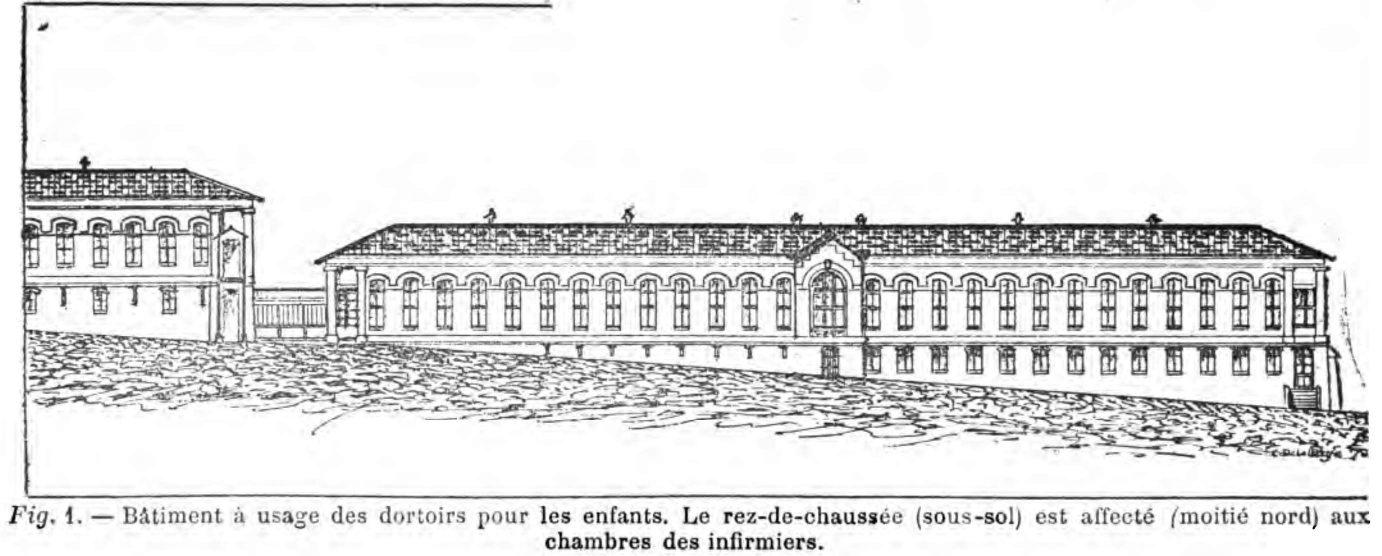


Fig. 1. — Bâtiment à usage des dortoirs pour **les enfants. Le rez-de-chaussée** (sous-sol) est affecté (moitié nord) aux **chambres des infirmiers.**

nuité, du côté du marais : même hauteur de toiture, même corniche, même bandeau. Les grandes croisées éclairant les classes se trouvent répétées ici, avec un remplissage en briques absolument semblables (*Fig.*2).

Dans l'étage du rez-de-chaussée (dortoirs), mêmes baies, mêmes trumeaux que dans les rez-de-chaussées des dortoirs déjà faits, briques apparentes, etc. (*Fig.* 2 et 3).

Dans l'axe, motif avec couronnement, comme dans les bâtiments déjà élevés. Etage du sous-sol en meulière rocaillée, percée de petites baies d'aération. A l'extrémité nord, du côté de Paris, un pavillon y est flanqué, et ce pavillon rappelle exactement, comme forme, dimensions et construction, celui du *bâtiment des gâteux,* déjà décrit. Ces deux pavillons seront comme deux points d'arrêt, limitant entre eux la circonscription des dortoirs.

Si maintenant nous entrons dans ce bâtiment, nous y trouvons, de plain-pied avec la galerie supérieure une grande salle servant de *musée scolaire* faisant suite aux classes de la grande école ; puis, dans la partie centrale, le cabinet du médecin en chef et du conservateur du musée et les water-closets et urinoirs pour les enfants. Plus loin, une autre grande salle absolument identique pour le *musée anatomo-pathologique*. Au-delà et prenant tout le premier étage du pavillon extrême, le *laboratoire* (63 m.q.). Les deux musées sont largement éclairés du côté du nord-ouest, et sur le mur faisant face à l'éclairage, une petite galerie à mi-hauteur, permettra d'augmenter le nombre des vitrines des deux musées. Les murs du

Fig. 2. — **Le premier étage est affecté au musée; le rez-de-chaussée à deux dortoirs d'enfants.**

musée sont en pans de fer, ainsi que les fermes de la charpente; remplissage en briques, plafonds et murs peints à l'huile, parquet en chêne. La surface des deux musées et de leurs dépendances est de 474 mètres.

Si, avant d'entrer dans le musée, nous descendons l'escalier que nous trouvons à gauche, nous arrivons dans le rez-de-chaussée de ce bâtiment auquel on accède encore par la galerie inférieure. Là, un dortoir, composé de deux salles de 20 lits chacun, avec partie du milieu réservée au service de la propreté et chambres pour les infirmières de jour dans les extrémités; en un mot, même organisation avec mêmes surfaces, même cube d'air que dans les dortoirs déjà occupés. Au même étage, dans le pavillon, logement pour un sous-surveillant, d'une superficie de 63 mètres, avec escalier indépendant *(Fig. 3)*. Les murs de cet étage, pour le dortoir, sont construits en briques de $0^{m}45$ d'épaisseur, et pour le logement en moellons de $0^{m}50$; enduits intérieurs, murs à l'huile, parquet en chêne.

Le sous-sol, qui comporte une hauteur de 3 mètres dans sa plus grande partie, contient les chambres à tinettes et les calorifères pour le chauffage des pièces situées au-dessus et un espace dont nous aurons à rechercher ultérieurement l'utilisation. A la fin de 1890, il ne restait plus à procéder qu'à l'aménagement des deux musées et du laboratoire.

Autour des bâtiments, pavage, et, à leur extrémité, montant du bas du quartier et allant jusqu'au mur de la Sûreté, un chemin entièrement pavé, avec un petit chemin de fer (système Decauville) pour les différents services, notamment pour le transport du linge et du charbon aux calorifères.

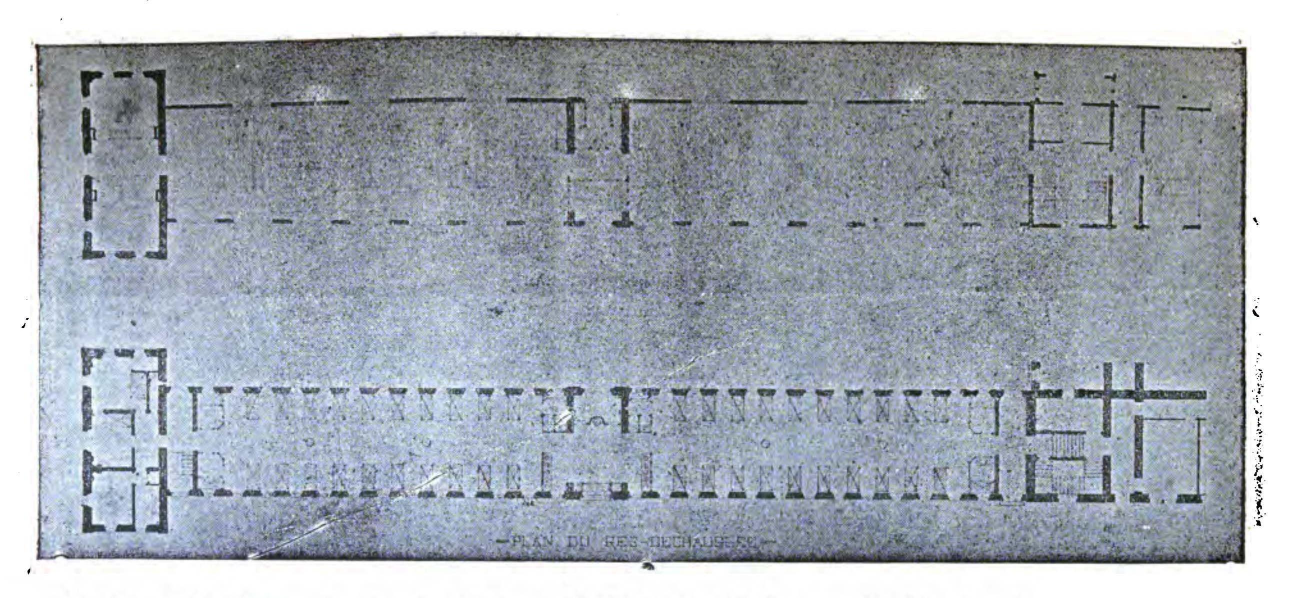


Fig. 3. — **Plan des musées (tracé supérieur, des dortoirs et du logement qui les termine (tracé inférieur).**

Section II : **Fondation Vallée.**

M. Vallée, ancien instituteur des enfants de l'hospice de Bicêtre, a légué au département de la Seine la propriété où il avait créé et fait prospérer une institution importante pour les enfants appartenant aux familles riches, à la condition d'y installer des enfants pauvres.

En qualité de membre de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, nous avons été chargé d'examiner les projets élaborés par l'Administration pour la transformation de l'ancienne institution et son appropriation à l'usage fixé par le légataire. Les rapports dont nous avons été chargé fournissent sur ce nouvel établissement départemental des renseignements complets sur son histoire et son organisation, nous nous bornons à leur reproduction, en la faisant suivre : 1° du *Compte-rendu* du premier exercice (mars-décembre 1890) ; et 2° de quelques indications sommaires sur sa situation à ce jour.

Messieurs,

L'Administration nous a transmis un avant-projet d'appropriation de l'immeuble *Vallée*, à Gentilly, dressé par M. l'Architecte en chef du département, d'après

une note-programme que nous reproduisons plus loin. Avant d'examiner cet avant-projet, nous croyons devoir donner quelques renseignements sur le donateur, et sur les incidents qui ont surgi à l'occasion de son legs.

I. — M. *Vallée* (Hippolyte-Tranquille) est né le 23 mars 1816 à Cherbourg où son père était gendarme. Il fréquenta l'école primaire jusqu'à l'âge de treize ans. Il compléta ensuite lui-même son instruction. Il fut attaché pendant une dizaine d'années aux travaux hydrauliques du port de Cherbourg et collaborait en même temps au *Journal de Cherbourg*, dont le rédacteur était *Jean Fleury*, avec lequel il fit et publia le *Guide de Cherbourg et de ses environs*. Estimant qu'il n'avait pas d'éléments suffisants à son activité dans sa ville natale, M. *Vallée* vint à Paris où il s'occupa d'abord de librairie en attendant un emploi. Ne trouvant pas mieux, il se décida à entrer à Bicêtre en qualité de surveillant, le 21 novembre 1841. C'est en cette qualité qu'il a pu assister aux essais d'éducation des enfants idiots faits par *Edouard Seguin* (du 9 novembre 1842 au 21 décembre 1843). *Seguin*, sous le coup d'accusations aussi abominables qu'injustifiées, ayant été obligé de donner sa démission, M. *Vallée* fut nommé commis-instituteur le 13 mars 1844. Il a rempli ces fonctions jusqu'au 1er janvier 1866, époque où il a été admis à faire valoir ses droits à la retraite. Vers 1846, M. *Vallée* fut chargé de faire l'éducation d'un enfant arriéré appartenant à la famille *d'Har...* Pour lui faciliter sa tache, la famille loua une propriété rue des Noyers, nº 9, et longeant la rue Benserade dans toute sa longueur.

Peu après, en 1847, M. *Vallée* eut l'occasion d'acheter moyennant une somme de 16,000 francs des créan-

ciers de M. *Mallon*, directeur de Bicêtre, qui avait fait de mauvaises affaires, la propriété située de l'autre côté de la rue et qui constitue la part principale de son legs. C'est à partir de là que son institution fut fondée. Elle prit progressivement une réelle importance et renfermait une vingtaine d'enfants, lorsque, en juillet 1862, M. *O. Baetge* entra comme professeur à l'institution. Il la quitta trois ans plus tard, afin de chercher une situation plus lucrative. En avril 1869, M. *Vallée*, décidé à se retirer, entra de nouveau en relations avec M. *Baetge* et lui céda la maison moyennant une location annuelle de 12,000 francs d'abord, puis de 17,000 francs, lorsque plus tard, les locaux devenant insuffisants, il lui abandonna le pavillon d'habitation qu'il s'était primitivement réservé.

Au moment de la guerre, M. *O. Baetge* (1) transféra ses élèves à La Ferté-Macé, dans l'Orne. Les habitants de cette petite ville, voyant son nom étranger inscrit en gros caractères sur ses caisses, le soupçonnèrent de relations avec les Allemands, et menaçaient de lui faire un mauvais parti. Il dut se réfugier en Angleterre. M. *Vallée* fut obligé de reprendre la direction de l'instruction des enfants, qui, après la guerre, réintégrèrent leur ancien domicile, en même temps que M. *O. Baetge*.

M. *Vallée* a été nommé adjoint au maire de Gentilly le 1er décembre 1862 ; il a exercé ces fonctions jusqu'au 31 août 1865, date à laquelle il a été promu maire. C'est au mois de septembre 1870, au moment de la proclamation de la République, qu'il a quitté Gentilly pour accompagner les enfants dans

(1) M. O. Baetge est né en Brunswick, mais il s'est fait naturaliser Français avant la guerre.

l'Orne et a cessé de faire partie de la municipalité.

De 1871 à sa mort, survenue le 4 décembre 1885, M. *Vallée*, dont la santé s'était ébranlée, passait tous les hivers à Nice. Ainsi qu'on le verra plus loin, il paraît avoir profité de ses loisirs pour consigner par écrit les résultats de sa longue expérience pédagogique. Se souvenant que c'était à l'École des enfants de Bicêtre qu'il devait les fondements de sa fortune, il a voulu en laisser une partie pour la création d'un nouvel établissement en faveur des enfants arriérés pauvres.

II. — Pour qu'il y ait moyen à l'avenir de retrouver facilement l'histoire de cette fondation, nous croyons utile de consigner dans notre rapport des extraits du testament de M. *Vallée*, des renseignements sur le procès intenté par ses héritiers au département, ainsi que les délibérations du Conseil général et le texte de la convention intervenue entre les deux parties.

1° *Extrait du testament de M. Vallée.* — « Je n'ai point d'héritiers directs. C'est surtout à ma vie occupée, à la simplicité de mes goûts et non à aucun héritage, que je dois cette modeste fortune. Il m'appartient donc d'en disposer dans la spontanéité de mes vues et de mes sentiments, sans que personne, dans ma famille, ait à se dire lésé par moi.

« Mon désir eût été de compléter mon œuvre en laissant un grand asile : Institution consacrée aux enfants idiots pauvres, choisis principalement parmi les plus valides et les plus éducables. Il est peu probable, dans l'état de souffrance où je suis, que je puisse donner suite à cette pensée.

« Le département de la Seine est dépourvu de tout établissement spécial de ce genre, établissement réclamé depuis longtemps. — S'il lui convient d'accepter, je lègue au département de la Seine, ma propriété de Gentilly, y compris la ferme, ancienne propriété *Lacroix*, et le mobilier du pensionnat, en ce qui m'appartient, à la condition expresse d'utiliser le tout à l'usage spécial d'une institution d'enfants idiots pauvres, autant que possible valides, susceptibles d'éducation, et pourvus dans une certaine mesure d'aptitudes professionnelles;

institution qui serait la continuation de celle que j'ai fondée pour les enfants de la classe aisée et que dirigent aujourd'hui M. et Mme *Otto Baetge*. »

En marge et en regard de ces deux alinéas est inscrit, au crayon, ce qui suit, littéralement rapporté :

« 1885.

« Les agrandissements en cours d'exécution opérés à Bicêtre enlèvent à cette disposition de mon testament l'intérêt qui était dans ma pensée en 1876 (H.V.);

« Au refus du département de la Seine, c'est à l'Etat, — qui ferait là, pour les idiots, ce qu'il fait à Paris pour les aveugles et les sourds-muets, — c'est à l'Etat, sous réserve formelle des conditions ci-dessus exprimées, que je fais donation.

« Ou encore, à défaut de l'Etat, à toute autre *personnalité laïque*, soit association, soit service administratif, ayant pour objet l'enseignement ou la bienfaisance, et revêtue légalement du caractère d'œuvre d'utilité publique que le département de la Seine ou l'Etat jugeraient à propos, en se pénétrant de mes vues, de se substituer.

« S'il arrivait, en fin de compte, que l'immeuble dût revenir à ma famille, en la personne de ma sœur et de ses deux filles, que je rends, pour ce cas, légataires au même titre, celles-ci n'en pourraient disposer qu'en vue d'une œuvre charitable, la fondation, par exemple, d'un hospice qui manque à la commune de Gentilly et aux communes environnantes.

« Je veux que le dernier mot de cette maison soit un service rendu aux travailleurs.

« Il est entendu, en tout état de cause, que la prise de possession n'aura lieu qu'à l'expiration du double bail consenti à M. et Mme *Otto Baetge* ou de sa prorogation, ne dépassant pas la période en cours, s'il y avait prorogation avant mon décès.

« De même que la ferme où je suis domicilié aujourd'hui resterait jusqu'à la même époque, et meublée telle que je la laisserai, à l'usage absolument personnel de ma sœur et de ses filles.

« Toutefois, si le futur ayant droit, pressé par les circonstances, jugeait qu'une installation provisoire dut, par anticipation, se faire dans les locaux de la ferme, ma sœur et ses filles n'auraient point à s'y opposer.

« Lors de la prise de possession, mon mobilier personnel et

celui que je possède au pensionnat, seraient utilisés dans le nouvel établissement; mais faculté sera laissée à ma sœur et à ses filles d'en distraire les quelques objets à leur convenance, ou auxquels se rattacherait particulièrement mon souvenir.

« Nombre d'objets ont disparu du pensionnat lors de mon absence, en 1870-1871; aucune revendication ne pourra, à cet égard, être exercée contre M. et Mme *Baetge*. Il est dans mes intentions que mon portrait sur toile peint par Madame *Mallon*, que mon titre d'officier d'académie, celui me conférant une médaille d'argent à l'Exposition universelle de 1867, les ouvrages que j'ai reçus de l'Administration des hospices en témoignage de satisfaction, de même que la majeure partie de mes livres et ceux de mes manuscrits, qui ont trait à l'éducation des enfants idiots, restent acquis à la future institution.

« Une somme de 50.000 francs prise sur mes valeurs mobilières sera tenue en réserve pour être employée, intérêts compris, à l'installation de l'établissement quand le moment sera venu. »

En marge de ce dernier alinéa est inscrit ce qui suit, littéralement rapporté :

« Il eût été dans ma pensée, en ces derniers temps, d'employer tout ou partie de cette somme à l'acquisition du terrain *Lagneau*, contigu au jardin du pensionnat et s'y surajoutant.

« Je lègue à ma sœur, Madame *Régniault*, une rente de trois mille francs dont elle aura la jouissance, sa vie durant; à son décès, cette rente se divisant par moitié, passera en toute propriété à ses deux petits-fils, *Hippolyte Beaujard* et *Claude Régniault*, mais sans qu'ils en puissent aliéner le capital avant leur vingt et unième année. En cas de prédécès soit de l'un, soit des deux enfants, la rente, à la mort de ma sœur, se constituerait inaliénable, soit par moitié, soit en totalité, selon le cas. au profit de la fondation visée en mes précédentes dispositions.

« Je lègue pareillement à mon neveu *Vallée (Frédéric)* et à sa femme *Maria Delamarre* et ce, pour en user conjointement, une rente viagère de huit cents francs, qui sera, au décès de l'un deux, constituée au survivant.

« A la mort de l'un et de l'autre, le capital, resté intact, passera en toute propriété à leurs descendants directs, ayant

titre, au termes de la loi ; à défaut de ces descendants, la rente, ainsi qu'il est dit au paragraphe ci-dessus, se constituera inaliénable au profit de l'établissement projeté.

« Madame *Delphine,* veuve *Mallon*, est une des personnes qui m'ont le plus aidé aux heures difficiles de ma vie militante. L'Ecole de Bicêtre surtout lui a beaucoup dû ; qu'elle reçoive ici le témoignage de ma reconnaissance pour tant de services rendus ; je lui fais une rente viagère de six cents francs qu'elle sera tenue d'accepter sous peine de manquer à ma mémoire ; à son décès, cette rente se constituera inaliénable au profit de la nouvelle institution.

« Le capital nécessaire à la constitution de ces trois rentes, nettes de tous droits, garanties par l'État, sera prélevé sur mon avoir, argent ou valeurs mobilières, et il est dans mes intentions qu'elles prennent cours le jour de ma mort.

« Dans la pensée qu'elles aideront à la réalisation des dispositions qui précèdent et de celles qui vont suivre, j'institue pour mes principales légataires mes deux nièces *Blanche* et *Zélie Dispan*, filles de ma sœur *Virginie.*

« Je lègue à *Blanche,* femme *Émile Beaujard,* une rente viagère de deux mille francs, nette de tous droits, dont le capital, inaliénable de son vivant, passera à son fils *Hippolyte Beaujard* s'il lui survit; en cas de prédécès de l'enfant, ladite rente, à la mort de ma nièce, se constituerait inaliénable au profit de l'établissement en projet, dont il convient, tout en donnant satisfaction à mes sentiments de famille, que j'assure les conditions d'existence.

« Je lègue également à ma nièce *Zélie,* femme *Régniault*, mère du petit *Claude*, une même rente viagère de deux mille francs, nette de tous droits, soumise aux clauses et conditions qui viennent d'être énoncées, c'est-à-dire qu'en cas de prédécès du petit *Claude* la rente passera inaliénable à l'établissement des enfants idiots. Ces deux legs, à la charge, par mes deux nièces, et ce, sur la quotité disponible de mon avoir:

« 1° De remettre, le jour de leur mariage, à chacune de mes petites-nièces, filles de mon neveu *Vallée (Frédéric),* une somme de dix mille francs, nette de tous droits, soit vingt mille francs pour les deux, dont les intérêts, tels qu'ils résulteront du placement en titres sur l'État et payables par semestre, leur seront servis à l'une et à l'autre jusqu'audit jour, à partir de mon décès;

« 2° De remettre pareillement, le jour de son mariage, à ma petite-cousine *Louise Thibault,* une somme de six mille francs,

nette de tous droits, dont elle touchera les intérêts, ainsi qu'il vient d'être dit, jusqu'audit jour.

« En cas de décès avant leur mariage, soit d'une ou de mes deux petites nièces, soit de ma petite cousine *Thibault*, la somme réservée au profit de chacune d'elles serait convertie en rente inaliélable et affectée au fonds de dotation de l'institution des enfants idiots. Lors du règlement de ma successiou, il sera remis, etc..

« Je voudrais faire quelque chose pour Cherbourg, ma ville natale. Si le restant disponible de mon avoir le permet, il en sera distrait le capital nécessaire à la création , soit d'une, soit de deux places fixes et gratuites à l'institution des enfants idiots, destinées à des enfants pauvres, nés à Cherbourg ou dans son arrondissement; c'est au Conseil municipal de Cherbourg, ou mieux au Bureau de bienfaisance, qu'appartiendra la désignation de ces deux places, et qui devra être avisé par qui de droit lorsqu'une vacance se produira. Il est désirable que le choix se porte autant que possible sur des sujets valides et éducables, quoique dépourvus de l'intelligence ordinaire. « Ce testament remplace et annule celui que j'avais fait à la date du 20 septembre 1873.

« A Nice, le dix-sept mai mil huit cent soixante-seize.

» *Signé :* H. VALLÉE. »

Codicille.

« Je porte à quatre mille francs de rente le legs fait à ma sœur, sous réserve des dispositions énoncées en mon testament. Il me paraît d'ailleurs indiqué que ma sœur soit instituée principale héritière au même titre que ses filles.

« L'examen de mes papiers devant lui prendre un certain temps, revenant sur une des dispositions de mon testament, je lui lègue en outre, en toute propriété, le mobilier de la Ferme, rue de Benserade, nº 1 , et celui de l'appartement que j'occupais à Nice. A mes nièces *Blanche Beaujard* et *Zélie Régniault* appartiendra le mobilier de la rue du Val-de-Grâce, nº 6, soit qu'elles en jouissent en commun, soit qu'elles s'en fassent le partage. — Il est dans mes intentions que les livres, tableaux, etc., soient en majeure partie attribués aux écoles de l'établissement spécial à organiser,

« Des deux filles de mon neveu *Vallée* (*Frèdéric*), l'aînée,

épouse de M. *Charles Carle* est tenue seule aujourd'hui pour existante. Il n'y aurait donc point, par suite de son mariage, à lui faire attendre le legs qu'il était dans mes intentions de lui attribuer, et que je porte à la somme de vingt-cinq mille francs, payables dès qu'il se pourra, demandant, si la chose est légalement admissible, qu'il soit fait réserve sur les vingt-cinq mille francs, d'une somme de cinq mille francs en faveur de son premier né. « Ma petite cousine *Louise Thibault*, aujourd'hui également mariée, n'aurait point non plus à attendre le legs qui lui est personnel. »

« Codicille à joindre à mon testament : « Je confie le règlement de ma succession à M. *Renard*, mon notaire, rue du Quatre-Septembre, à Paris. avec M. *Paul-Hubert Valleroux*, avocat, pour mon exécuteur testameutaire. »

Autre codicille.

« Voulant prouver uue dernière fois à M. et Mme *Otto Baetge* l'intérêt que j'ai toujours porté à leurs affaires, et ne me souvenant que de ce que nos anciens rapports ont eu de confiant et de cordial, je leur fais remise du montant du dernier trimestre de leur location, soit d'une somme de quatre mille deux cent cinquante francs.

« Fait à Paris, le vingt-deux juillet mil huit cent quatre-vingt-quatre. *Signé* : VALLÉE. »

Autre codicille.

« Par suite des grands travaux qui viennent d'être exécutés à Bicêtre, le département se trouvant pourvu, c'est à l'État qu'il conviendrait que l'institution de Gentilly fût léguée, s'ajoutant ainsi aux institutions de sourds-muets et pour les aveugles qui composent en ce moment un fonds essentiellement charitable et pédagogique. »

Autre codicille (Extrait).

« Nonobstant toute disposition antérieure, je laisse à ma sœur le mobilier resté à la ferme, nº 1, rue de Benserade, à Gentilly, et celui de Nice; le mobilier de la rue du Val-de-Grâce, nº 6, est spécialement reservé à mes nièces, ses filles, sous réserve des objets artistiques et des livres dont l'institution aura à profiter.

« Il entrerait dans mes vues que la somme affectée dans mon

testament, à l'installation de l'institution, servit à l'achat de la propriété Lagneau qui lui est contiguë pour en faire partie intégrante.

« Le 26 octobre 1885. *Signé :* VALLÉE, »

En marge est écrit : « 1° Signé par nous, juge, etc. — *Signé :* C. ROY. «

« Je révoque la disposition donnant cinquante mille francs au département ou à l'Etat. Alors, le département ou l'Etat devra employer les loyers servis par M. *Otto Baetge* à la destination marquée pour ces cinquante mille francs.

« Paris, le vingt-six octobre mil huit cent quatre-vingt-cinq au soir. *Signé :* VALLÉE.

Ensuite est écrit : « Signé par nous, juge, etc. *Signé :* C. ROY. «

Comme on le voit, M. *Vallée* donnait son institution à l'Etat ou, à son défaut, au département. Par une lettre en date du 13 juin 1886, adressée à M. le préfet de la Seine, M. *Sarrien*, alors ministre de l'Intérieur, au nom de l'Etat « déclara se désintéresser des libéralités du sieur *Vallée.* »

Par une délibération en date du 27 décembre 1886, le Conseil général a accepté le legs fait au département de la Seine et a autorisé le préfet de ce département à poursuivre par tous les moyens de droit la délivrance de ce legs, les héritiers, M. et Mme *Régniault*, ayant fait opposition par un acte en date du 13 décembre 1886 (1).

(1) Le Conseil général, vu le mémoire en date du 6 décembre 1886, par lequel M. le *Préfet* de la Seine expose que par ses dispositions testamentaires M. *Vallée* (*Hippolyte-Tranquille*), en son vivant officier d'académie, ancien chef d'institution, ancien maire de Gentilly, décédé à Paris (cinquième arrondissement) le 4 décembre 1885, a légué au département de la Seine des rentes et des capitaux divers, ainsi qu'une propriété et une ferme sises à Gentilly, à la charge de fonder un asile-institution pour les enfants idiots pauvres. susceptibles de perfectionnement; — vu le testament olographe de M. *Vallée* en date à Nice du 17 mai et les codicilles aussi olographes en date à Paris des 31 mars 1884, 22 juillet 1884, 26 octobre 1885, lesquels actes ont été déposés au rang des minutes de Me *Renard*, notaire à Paris; — vu la lettre de M. le *Ministre* de l'intérieur, en date du 30 juin 1886 énonçant que l'Etat renonce au bénéfice du legs; — vu l'acte de décès du testateur; — vu le plan des immeubles



Dans la même séance du Conseil général, M. *Robinet* a demandé, au sujet de l'acceptation du legs fait par M. *Vallée* au département, à la charge de fonder un asile-institution pour les enfants idiots pauvres, susceptibles de perfectionnement, qu'il soit bien spécifié que l'Administration ne fera aucune installation sans prendre l'avis de la 3me Commission. Les réserves faites par M. *Robinet* ont été adoptées par le Conseil.

Au mois de juillet 1887, l'Administration et le Conseil général décidèrent, en raison de l'insuffisance des places dont ils disposent pour les jeunes filles idiotes de leur affecter l'immeuble légué par M. *Vallée*. Voici le texte de la délibération prise à ce sujet :

Le Conseil général, vu le mémoire en date du 29 juin 1887, par lequel M. le *Préfet* de la Seine propose d'arrêter, en principe, les conditions d'exécution du legs fait par M. *Vallée*, au département d'un immeuble sis à Gentilly et devant être affecté à une institution d'enfants idiots pauvres, autant que possible valides, susceptibles d'éducation et pourvus dans une

---

légués; ensemble, le procès-verbal d'estimation dressé par M. l'Architecte en chef du département ; vu l'intitulé de l'inventaire dressé, après le décès de M. *Vallée*, par Me *Renard*, notaire à Paris; vu la signification et mise en demeure adressées aux héritiers, ensemble le procès-verbal de leur comparution devant Me *Delorme*, notaire à Paris; — vu la réclamation présentée le 20 novembre 1886, par M. *Etienne Regniault*, époux de la légataire universelle du testateur tendant à obtenir l'abandon à son profit d'une partie des legs faits au département: — vu la lettre de Me *Delorme*, notaire à Paris, en date du 7 décembre 1886, faisant connaître approximativement le montant des sommes qui resteront en propre aux héritiers ; — vu l'opposition signifiée le 13 décembre 1886, par Me *Rollin*; huissier à la requête de M. et Mme *Regniault* pour que le département ne soit pas autorisé à accepter le legs dont il s'agit ;

Delibère : ARTICLE 1er. — Il y a lieu d'accepter aux charges et conditions imposées, les legs au département dé la Seine et contenus dans les testaments et codicilles susvisés de M. *Vallée*.

ART. 2. — M. le *Préfet* de la Seine est autorisé à poursuivre par tous les moyens de droit la délivrance de ce legs.

ART. 3. — M. le *Préfet* de la Seine est autorisé, en outre, à signifier congé à M. et Mme *Otto Baetge*, locataires du pensionnat légué, avant le 15 avril 1887, de manière que le département puisse en prendre possession le 15 avril 1888, c'est-à-dire à l'expiration de la période en cours, conformément aux intentions du testateur.

oerlaine mesure d'aptitudes professionnelles ; — vu l'extait du testament de M. *Vallée*, délibère.

ARTICLE 1er. — Il y a lieu d'installer dans l'immeuble, sis à Gentilly, dont le legs au département, fait par M. *Vallée*, a été accepté par délibération du 27 décembre 1886, un service de jeunes idiotes.

ART. 2. — La nouvelle institution recevra gratuitement et exclusivement des enfants du sexe féminin dont l'état mental présentera d'ailleurs les divers caractères imposés par le testateur.

ART. 3. — Cet établissement constituera une annexe de l'asile des aliénés de Sainte-Anne au point de vue administratif, économique et financier, et les dépenses qu'entrainera son fonctionnement seront annuellement comprises dans le budget dudit asile.

Durant ce temps, le procès intenté au département suivait son cours. Le tribunal civil de la Seine prononça son jugement le 7 décembre 1888. En voici le texte :

Le Tribunal civil de première instance de la Seine a rendu, en son audience du 7 décembre 1888, entre le département de la Seine et M. et Mme *Otto Baetge*, le jugement dont la teneur suit :

Le Tribunal,

Ouï en leurs conclusions et plaidoiries *Closset*, avocat, assisté de *Roche*, avoué des époux *Baetge*, *du Buit*, avocat, assisté de *Picard*, avoué du Préfet ; le ministère public entendu, après en avoir délibéré conformément à loi ;

Attendu que les époux *Baetge*, demandeurs, sont locataires aux termes d'un acte sous seing privé du 20 octobre 1882 pour quatre, sept ou dix ans, à partir du 15 avril 1884, d'immeubles situés à Gentilly, aménagés pour une institution d'enfants dits arriérés et appartenant à *Hippolyte Vallée*, au moment du bail, qu'il est dit dans ce bail que bailleur et preneur auraient un droit réciproque de résiliation entre chaque période, à la charge par celui des contractants qui voudrait user de ce droit d'en donner bon et valable avis un an au moins avant l'expiration de la période ;

Attendu que, suivant testament du 17 mai 1876, *Vallée* a lé-

gué les immeubles dont s'agit à l'État ou au département de la Seine avec charge d'y maintenir une institution pour les enfants pauvres et arriérés ; que *Vallée* étant décédé le 4 décembre 1885, le Préfet, au nom du département, a accepté, le legs contenu dans le testament du 17 mai 1876, a, le 13 avril 1887, donné congé aux époux *Otto Baetge*, pour le 15 avril 1888, que les demandeurs critiquent ce congé ; qu'ils prétendent en premier lieu que ce congé serait nul, faute d'avoir été signifié par copies séparées, à chacun des époux *Baetge*, preneurs conjoints et solidaires, aux termes du bail ; — qu'ils prétendent en second lieu que le département, propriétaire éventuel, ne pouvait, à la date du 13 avril 1887, donner congé, alors que l'autorisation d'accepter ce legs n'est intervenue que le 26 mars 1888 ;

En ce qui concerne la nécessité d'une double copie pour le congé, attendu que la double copie n'est exigée pour les exploits que quand il s'agit d'une assignation introductive d'instance entrainant un double appel devant la justice ; que l'exploit du treize avril mil huit cent quatre-vingt-sept était un simple avis donné dans les termes du bail du vingt octobre mil huit cent quatre-vingt-deux :

Attendu qu'aux termes des articles 1206 et 1208 du Code civil, l'interpellation à un débiteur solidaire est présumée faite à tous les débiteurs solidaires, que d'autre part et d'après l'esprit du bail, les époux *Otto Baetge*, demeurant ensemble, ayant des intérêts communs, prenant également part à la direction de l'établissement, il suffisait d'nn simple avis porté à leur connaissance pour mettre fin au bail ; que la dame *Baetge* a connu cet avis donné, puisque à la date du quinze avril mil huit cent quatre-vingt-sept, trois jours après l'exploit elle figurait dans une protestation faite par les époux *Baetge* contre le congé en ce qui concerne le défaut de qualité du département, simple propriétaire éventuel pour donner congé valable.

Attendu qu'aux termes de l'ordonnance du douze avril mil huit cent dix-sept et de la loi du dix-huit juillet mil huit cent trente-sept, les administrateurs des départements, communes, hospices ont le droit de faire les actes conservatoires en attendant l'autorisation du gouvernement, pour l'acceptation des dons et legs faits auxdits départements, communes, hospices ; que le congé donné le treize avril mil huit cent quatre-vingt-sept avait pour objet de conserver le droit de résiliation réservé par le bail au propriétaire de l'immeuble de

Gentilly ; qu'on prétend, il est vrai, que le caractère des actes conservatoires est de ne rien engager sur le fond du droit ; que le congé du treize avril mil huit cent quatre-vingt-sept était l'exercice d'une action servant au fond du droit même ; pour ce qui était de l'expulsion à terme du locataire que la conséquence de cette expulsion était l'annulation du bail pour l'avenir, alors qu'il était incertain si le département serait jamais substitué aux droits du bailleur ; — attendu que si ce congé avait en effet un caractère conditionnel, il n'en était pas moins l'acte conservatoire d'un droit certain que le propriétaire, sous condition suspensive, avait intérêt à maintenir; que le département de la Seine ayant été autorisé à accepter le legs, l'autorisation réagit et donne aux actes conservatoires et conditionnels un caractère définitif ; attendu d'ailleurs, dans l'espèce, que l'autorisation administrative a été retardée par les actes d'opposition faits par *Otto Baetge* sans droits ni qualité.

Par ces motifs, déclare les époux *Baetge* mal fondés en leur demande, les en déboute et les condamne aux dépens, dont distraction faite au profit de Me *Picard*, avoué, qui la requiert sous les affirmations voulues par la loi.

Signé : VANIER et LE BRISOYS.

A la suite de ce jugement, une transaction eut lieu entre Mme *Regniault*, sœur de M. *Vallée*, et le département. Elle fut approuvée par le Conseil général dans sa séance du 28 décembre 1888. Voici le texte de cette délibération :

Le Conseil général, vu le mémoire en date du 19 décembre 1888, par lequel M. le *Préfet* de la Seine expose que par une pétition en date du 11 décembre 1888, Mme veuve *Regniault*, agissant en qualité de légataire universelle de M. *Vallée*, déclare :

1° Qu'elle acquiesce au jugement du Tribunal civil de la Seine, en date du 7 décembre 1888, qui a reconnu au département la qualité de légataire de ce dernier;

2° Qu'elle aurait à faire la délivrance de tous les legs;

3° Qu'elle ne s'oppose plus à ce que le département recueille les jeunes idiotes dans l'immeuble légué, et demande qu'en retour le département lui fasse les concessions suivantes :

1° Mme veuve *Regniault* conservera sa vie durant l'usufruit de la ferme sise rue Benserade, n° 1 ;

2° Après sa mort, cet usufruit profitera encore pendant une période de dix ans à ses héritiers en ligne directe, et à leur défaut à ses gendres, d'après les dispositions testamentaires que pourraient faire ses filles à cet effet, mais à l'exclusion de tous collatéraux ;

3° Le département ne réclamera que quarante mille francs une fois payés pour assurer la pension des deux enfants à la désignation de la ville de Cherbourg.

Vu la pétition dont il s'agit ; — vu l'acte de décès de M. *Regniault*, mari de la pétitionnaire ; — vu les délibérations prises par le Conseil général dans ses séances des 27 décembre 1885 et 13 juillet 1887 ; — vu le plan des immeubles légués ensemble, le procès-verbal d'estimation dressé par M. l'Architecte en chef du département ; — vu le mémoire complémentaire, en date du 24 de ce mois, par lequel M. le *Préfet* de la Seine demande à être autorisé à traiter avec M. *Otto Baetge*, pour le cas où il demanderait à transiger ; — Sur le rapport de sa 3e Commission, délibère :

ARTICLE 1er. — Le projet de transaction ci-dessus visé est accepté. En conséquence, M. le *Préfet* de la Seine est autorisé à passer contrat avec Mme veuve *Regniault*, aux conditions ci-dessus indiquées.

ART. 2. — Le *Préfet* de la Seine, est également autorisé pour le cas où M. *Otto Baetge* demanderait à transiger à lui accorder, pour déménager, un délai de six mois, à partir du 1er janvier 1889. Il est bien entendu que pendant cette période, M. *Otto Baetge* continuerait à payer les loyers au taux actuel et que les agents et représentants de l'Administration auraient la faculté de pénétrer dans l'immeuble, pour procéder à l'étude des travaux à faire en vue de l'installation du futur établissement départemental.

Par un décret daté du 26 mars 1888, et que nous reproduisons, le *Préfet* de la Seine fut autorisé à accepter le legs *Vallée*.

Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'Intérieur : vu les testaments et codicilles olographes du sieur *Hippolyte-Tranquille Vallée*, en date des 9

mai 1876, 31 mars, 22 juillet 1884 et 26 octobre 1885; — vu l'acte de décès du testateur; — vu la réclamation de l'unique héritière naturelle et légataire universelle du sieur *Vallée*, ensemble les renseignements recueillis sur la situation de fortune de cette dernière ; — vu l'opposition du sieur *Baetge*, directeur de l'Institution des enfants arriérés de Gentilly (Seine), vu la lettre en date du 30 juin 1886, par laquelle le Ministre de l'Intérieur, au nom de l'État, a déclaré se désintéresser des libéralités du sieur *Vallée* ; — vu les délibérations du Conseil général de la Seine ; — vu l'avis du Préfet de la Seine et généralement toutes les pièces de l'affaire ; — vu l'article 910 du Code civil et la loi du 10 mai 1838,

Le Conseil d'État entendu, Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Le Ministre de l'intérieur, au nom de l'État, est autorisé à renoncer aux legs faits par le sieur *Hippolyte-Tranquille Vallée*, suivant ses testaments et codicilles olographes susvisés, à charge de fonder à Gentilly (Seine), un asile-institution en faveur des idiots pauvres, susceptibles d'éducation.

ART. 2.—Le Préfet de la Seine est autorisé à accepter les legs faits à ce département par le sieur *Hippolyte-Tranquille Vallée*. suivant ses testaments et codicilles susvisés et consistant : 1° en une propriété sise à Gentilly (Seine) d'une valeur estimative de 197.698 fr 56 ; 2° dans le mobilier d'un pensionnat estimé 1451 fr. 75 ; 3° en divers effets mobiliers; 4° dans les loyers dus par les locataires du pensionnat ; 5° dans le capital nécessaire pour l'acquisition d'un titre de rente 3 pour 100, sur l'Etat, de 600 francs, qui sera immatriculé, pour l'usufruit, au nom de la demoiselle *Delphine Mallon* ; 6° et éventuellement, dans les capitaux nécessaires pour constituer des rentes viagères s'élevant à 8,800 francs, et une somme de 10,000 francs. Le tout à la charge d'établir, dans la propriété de Gentilly, un asile-institution en faveur des idiots pauvres, susceptibles de perfectionnement.

ART. 3. — Cet établissement constituera une annexe de l'asile des aliénés de Sainte-Anne, et les dépenses qu'entraînera son fonctionnement seront annuellement comprises dans le budget de l'établissement.

ART. 4. — Il sera statué ultérieurement sur les libéralités faites par le sieur *Vallée* à la ville de Cherbourg, au bureau de bienfaisance et à la caisse des écoles de Gentilly, et à la Société de patronage des aliénés.

Art. 5. — Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 26 mars 1888.

Signé : Carnot, etc.

Certaines difficultés soulevées par les héritiers naturels du défunt, ainsi que par son successeur M. *Otto Baetge*, qui dirigeait le pensionnat payant, ont été aplanies, à la suite d'un jugement rendu par le Tribunal civil de première instance de la Seine, et le département a enfin acquis le droit d'agir en propriétaire.

Aux termes d'un arrangement conclu avec M. *Baetge* le 7 mai 1889, ce dernier a obtenu, pour déménager, un délai de six mois, à partir du premier janvier 1889, soit jusqu'au 1er juillet (ou plutôt le 15 juillet, d'après l'usage local) prochain, à charge toutefois de laisser aux agents de l'Administration, qui auront à l'en prévenir trois jours à l'avance, la faculté de pénétrer dans la propriété, pour procéder à l'étude des travaux d'appropriation et de réparation indispensables. En demandant cette faculté, l'Administration voulait mettre à profit le sursis accordé pour dresser un projet d'après lequel les ouvriers auraient pu être mis à l'œuvre, dès le 1er juillet, de manière à pouvoir installer les enfants le 1er janvier 1890, « ce qui offrira, lisons-nous dans une pièce du dossier, le grand avantage de remédier à l'encombrement qui règne dans les divisions de femmes des asiles de la Seine, en rendant à sa destination première le quartier de l'asile de Villejuif où quatre-vingts petites filles idiotes occupent la place d'adultes ».

III. — *Description de la propriété.* — Le domaine légué par M. *H. Vallée* (voy. plan n° 1 ci-après) est situé sur les côteaux qui dominent à droite la vallée

de la Bièvre. Son entrée principale est au coin de la rue Benserade et de la ruelle Jean-Louis. Il est limité au nord par la rue Benserade, à l'est par la ruelle Jean-Louis, qui le sépare d'une ancienne carrière aujourd'hui en grande partie comblée; il est contigu au sud et à l'ouest à des propriétés particulières. Il a la forme d'un quadrilatère. Une propriété appartenant à M. X... forme enclave dans ce domaine et l'interrompt dans les quatre cinquièmes de sa largeur. Le terrain, dont la superficie est de 1 hectare 86 ares 19 centiares, descend en pente rapide de la ruelle Jean-Louis vers Gentilly (1).

Le domaine se compose de deux parties: 1° en haut l'ancienne institution qu'il s'agit de transformer; 2° en bas une maison avec cour et jardin dont Mme *Regniault* conserve la jouissance.

1° L'ancienne institution, qui occupe la région la plus élevée de la propriété, comprend deux groupes de bâtiments, l'un au coin de la rue Benserade et de la ruelle Jean-Louis, l'autre à l'extrêmité opposée de cette même ruelle.

A. Le *bâtiment principal* (plan n° 1, A), parallèle à la rue Benserade et flanqué d'une aile longeant la ruelle Jean-Louis (plan, B, C), formée elle-même de deux petites constructions, l'une à deux étages, l'autre d'un seul étage mansardé, présente un rez-de-chaussée et deux étages. La moitié Est de ce bâtiment est très ancienne, avec son aile en retour; la seconde moitié a été construite en 1858.

Rez-de-chaussée (voy. plan n° 2 ci-après). — A droite, un petit vestibule, 1, et une salle d'attente, 2, une salle

(1) 18.919 mètres carrés 64. Pensionnat : 13.619 mètres carrés 92. ferme 5.299 mètres carrés 72.

à manger, 3, puis, vers le jardin, l'ancien cabinet de M. Vallée, 4; en arrière, et communiquant largement avec la salle à manger, existe une annexe, G, qui servait de réfectoires aux pensionnaires; à gauche, l'ancien salon, 5; une chambre assez grande, 6, une salle dont le sol est en ciment, 7, et qui s'ouvre en arrière sur une galerie établissant une communication entre les deux groupes de construction, et, dans la partie en retour, deux pièces séparées par un escalier étroit et incommode.

Premier étage (voy. plan n° 3 ci-après). — Nous trouvons: à droite, un couloir, sur lequel ouvre une chambre aboutissant à deux dortoirs qui se commandent à gauche, quatre chambres assez grandes et, dans l'aile contiguë, trois autres chambres.

Second étage. — A droite, quatre chambres assez grandes; à gauche, trois; puis, dans l'aile, deux petites pièces. Tout cet étage est moins élevé que l'étage inférieur.

Dans la cour, en face de la porte d'entrée, s'élève un bâtiment composé d'une salle en contre-bas du sol, et d'un étage où l'on accède par un escalier extérieur (plan n° 3, D). A ce bâtiment en est accolé un autre (plan, E) formé, au rez-de-chaussée, d'une chambre et d'une assez grande pièce, séparées par un escalier étroit et, au premier étage, de pièces semblables. Ce bâtiment donne dans une cour où se trouvent des cabinets d'aisances, N (voy. plan n° 1).

Au-delà de cette cour s'élève un pavillon (plan n° 1, F), édifié un peu avant la guerre, et qui a servi d'habitation personnelle à M. *Vallée*, alors qu'il avait cédé son institution à M. *Baetge*. Il comprend : au-rez-de chaussée, vestibule, escalier, salle à manger, salon,

une chambre; au premier étage, trois chambres assez grandes et deux petites pièces et un water closet; au second étage, deux grandes pièces et une troisième plus petite (voy. plan n° 2).

Du réfectoire du bâtiment principal part une galerie, H, H, qui va longer la ruelle Jean-Louis, établit une communication entre le premier groupe de constructions et le groupe que nous allons maintenant décrire.

B. Ce groupe comprend: a) le service balnéo-hydrothérapique (plan n° 1, J) composé d'une petite salle d'hydrothérapie, d'une chaudière et d'une salle de bains; le tout mal éclairé et mal agencé (1); — b) un grand bâtiment perpendiculaire à la ruelle Jean-Louis (plan n° 1, K), où l'on trouve: au sous-sol, une cave et des calorifères; au rez-de-chaussée, le gymnasse, la cage de l'escalier, un lavabo composé d'une auge et des cabinets absolument obscurs; — c) au premier étage (voy. plan n° 3, K), un couloir longitudinal sur lequel ouvrent les cinq classes et plusieurs petites pièces de chaque côté de l'escalier. Les classes sont éclairées d'un seul côté. Leur porte est percée d'un carreau étroit; leurs murs, ainsi que ceux du couloir, sont tapissés d'images découpées dans des journaux illustrés. Chacune des classes peut contenir 12 à 15 élèves.

Le rez-de-chaussée est traversé par un couloir qui fait suite à la galerie, H, dont nous avons parlé (voy. plan n° 2), et qui aboutit à un préau couvert faisant le coin extrême de la ruelle Jean-Louis (plan, n° 2, L). Devant ce préau s'étend une vaste cour bien plantée et malheureusement entourée de murs élevés ne laissant voir ni la campagne ni les jardins de l'institution (voy. plan n° 1).

(1) Tous les appareils ont été enlevés par M. *Otto Baetge* auquel ils appartenaient.

Entre ces deux groupes de bâtiments, il y a un jardin anglais bien planté où se dresse un portique de gymnastique.

En avant du jardin anglais s'étend le jardin potager

Au coin de ce jardin et de la propriété X.. , le long de la rue Benserade, se trouve un bâtiment désigné sous le nom de Maison du Jardinier (plan, n° 1, M), et composé, au rez-de-chaussée de remises, d'écuries, etc., au premier, de trois pièces.

2° La seconde partie du domaine, désignée sous le nom de *ferme*, est formée d'une maison d'habitation, (plan, n° 1, A, B, C), d'un vaste hangar et de granges, etc. (plan n° 1, F, G, H).

Il n'existe de caves qu'au dessous des bâtiments A, B, F et une partie du bâtiment K. Tous les bâtiments consistent en constructions mal agencées et en général en assez pauvre état. Les étages sont bas, les distributions défectueuses. Les constructions primitives, d'après ce que nous a raconté M. *Delasiauve*, étaient occupées par des religieuses. Les bâtiments désignés sur le plan par les lettres G, E, H, J, K, L, M, ont été élevés par M. *Baetge* (voy. plan n° 1).

IV. — Le dossier qui nous a été adressé renferme, outre la lettre d'envoi, une note de la Direction des affaires départementales à la Direction des travaux, note traçant, dans des conditions difficiles, une sorte de programme. Nous la reproduisons textuellement dans ses parties les plus importantes :

« Comme on n'a pu encore visiter l'immeuble en détail, le service des aliénés ignore même quel sera le nombre d'enfants qui pourront y être reçus, *il n'est en mesure de donner, comme programme, que des indications très générales.* Le futur établissement doit, en tout cas, comprendre : une *cuisine* avec logement pour le cuisinier et son aide ; — une *lingerie*, il n'est besoin de prévoir ni buanderie, ni salle de pliage et

de repassage, puisque le nécessaire sera fait par les soins de l'asile Saint-Anne; une *salle de couture,* pour exercer les petites filles au travail ; — un *vestiaire*, qui, comme la lingerie sera un simple dépôt des effets d'habillement tenus toujours en état d'entretien et envoyés par l'asile ;

« Une *pharmacie* avec tisannerie ; —quatre magasins, savoir : une boucherie, une cave, une paneterie, un magasin à épices et comestibles ; — un *logement* pour le garde-magasin ; — un *chantier* à combustibles ; — quatre logements d'interne, dont deux en médecine et deux en pharmacie ;

« Un logement pour un commis d'administration et sa famille ; — trois logements pour une surveillante et deux sous-surveillantes des enfants ; — trois autres logements pour une sous-surveillante et deux filles de service, qui seront chargées de la lingerie et du vestiaire ; — des logements pour un cer-nombre d'infirmières, qui seront placées à proximité des dortoirs, et à raison d'une pour dix petites filles :

« Une écurie et un hangar ; une petite salle pour dépôt des morts ; — enfin, le mobilier ; celui légué par M. *Vallée* et évalué à 1500 francs environ seulement, paraissant devoir être tout à fait insuffisant. On ne mentionne ici que pour mémoire une loge de concierge et des salles de bains et d'hydrothérapie, vu qu'elles existent déjà.

« Enfin, doivent être compris dans les travaux à exécuter ceux afférents à la réparation d'une *ferme*, dont la jouissance est laissée à la famille du défunt pour une durée de dix années après la mort de Mme *Régniault*, la sœur de M. *Vallée*. Ces derniers travaux, évalués par M. *Trélat*, dans son rapport en date du 24 octobre 1888, à 5.480 fr. 60, semblent pouvoir être réduits ; la convention passée avec Mme *Régniault*, à la date du 14 mars 1889, porte en effet : « Que le département de la Seine prendra exclusivement à sa charge les grosses réparations qui seront nécessaires, sans que Mme *Régniault* puisse réclamer aucune réparation locative ou de mise en état, telles qu'elles sont définies aux articles 1719 et 1720 du Code civil.

« Le Conseil général désire qu'il soit fait face à la dépense de tous ces travaux au moyen d'une somme de 56.210 fr. 30 provenant des loyers, avec intérêts, recouvrés sur M. *Otto Baetge*. Il faut s'attacher absolument à ne pas dépasser cette ressource. »

C'est ce programme, incomplet, pour les raisons que nous avons indiquées, qui a servi de base à M. l'Architecte pour dresser son projet. D'après lui, on ne peut installer dans les locaux de l'ancienne institution que *quarante-quatre enfants* (M. *Baetge* avait cinquante pensionnaires). Le projet modifie, en maints endroits, les affectations primitives. Cest ainsi qu'il transforme le gymnase en classes et les classes en dortoirs. C'est ainsi encore qu'il affecte de nombreux locaux à des logements pour un commis d'administration, pour deux internes en médecine, deux internes en pharmacie, une surveillante, quatre sous-surveillantes, un cuisinier, un garde-magasin, un concierge, etc.

Dans la pensée de l'Administration, il était possible de compter sur quatre-vingts places approximativement. Ce nombre étant réduit à quarante-quatre à la suite des études faites par le service d'architecture, nous nous trouvons en face d'une organisation très dispendieuse. En effet, nous relevons l'énumération suivante dans le dossier:

1 commis d'administration	1
2 internes en médecine et 2 en pharmacie.	4
1 surveillante et 2 sous-surveillantes	3
1 sous-surveillante et 2 filles de services pour la lingerie et le vestiaire	3
1 cuisinier et son aide	2
1 concierge	1
1 infirmière pour 10 petites filles, soit pour 44	5
1 garde-magasin	1
Total...	20

Sans compter le jardinier.

C'est-à-dire un personnel considérable par rapport à la population. Nous savons très bien que les petits établissements hospitaliers sont proportionnellement fort coûteux, et nous devrions nous incliner quand même;

bien que, assurément, l'ancien chef de l'institution n'eût pas pour des malades payants un tel personnel, s'il n'était pas facile d'arriver à une organisation plus économique.

L'énumération que nous venons de donner nous suggère une autre remarque : c'est qu'il convient d'avoir, dans une institution où il n'y a que des petites filles, le moins d'hommes possible.

La fondation *Vallée* doit être à la fois un hospice et une école. L'école doit comprendre et l'*instruction primaire spéciale* et l'*instruction professionnelle*. A cet égard, tout le monde est d'accord. En quoi doit consister ce dernier enseignement? En raison de la population restreinte, nous sommes obligés de limiter le nombre des métiers pour ne pas accroître les dépenses. Alors, quels métiers choisir? Le genre de malades assistés nous l'indique : les métiers les plus simples, les plus vulgaires : *ménagère, couturière, blanchisseuse, repasseuse*. Par conséquent, il faut modifier le programme provisoire, où il est dit qu' « il n'est pas besoin de prévoir ni buanderie, ni salle de pliage et de repassage, parce que le nécessaire sera fait par les soins de l'Asile clinique (Sainte-Anne). En second lieu, la lingerie et le vestiaire, dans le programme, sont considérés comme un simple dépôt des effets d'habillement tenu toujours en état d'entretien et renvoyés par l'Asile clinique ». Il nous semble difficile que le trousseau de chaque enfant puisse être toujours en état si l'Asile clinique en est chargé. La lingerie et le vestiaire, suivant nous, doivent être au contraire, des centres d'enseignement. Que fera-t-on coudre et raccommoder aux enfants si ce n'est tout d'abord leur linge de corps et leurs effets d'habillement ?

Le projet indique des locaux pour une *pharmacie*,

pour *quatre magasins* (boucherie, cave, paneterie, épicerie et comestibles), qui tous seront alimentés par l'Asile clinique. Or cette opération ne pourra se faire qu'en donnant *un cheval, une voiture, un cocher* de plus à cet établissement.

L'affectation de locaux à un concierge, à un garde-magasin, à un cuisinier et à son aide, enfin à *quatre internes*, et à un commis d'administration, réduit encore considérablement l'espace réservé aux malades et accroit énormément la dépense (1).

Nous nous contenterons de ces remarques qui montrent que l'autonomie de cette fondation, que son administration directe par l'Asile clinique auraient pour résultat d'aboutir à un prix moyen de journée véritablement exagéré.

C'est pour cela que nous avons été amené à examiner si, profitant du voisinage de l'hospice de Bicêtre, il n'y aurait pas moyen de faire faire par Bicêtre, pour la fondation *Vallée*, ce que fait l'asile de Vaucluse pour la colonie d'enfants arriérés. Mais, avant d'entrer dans cette voie, je crois utile, Messieurs, de soumettre à vos votes plusieurs *conclusions* dont la troisième vise plus spécialement cette dernière proposition. C'est après votre vote qu'il conviendra d'examiner en détail l'organisation intérieure de la fondation *Vallée*, suivant que vous lui accorderez son autonomie sous l'administration directe de l'Asile clinique, ou que vous conférez son administration à l'hospice de Bicêtre sous la surveillance et la direction de l'Asile clinique.

Quelle que soit d'ailleurs la solution que vous accepterez, il ne faut la considérer que comme provisoire, car la question la plus importante restera à résoudre,

(1) Il n'est pas affecté de locaux à l'infirmerie, aux agités, aux malades atteints d'affections contagieuses.

à savoir l'étude des voies et moyens permettant une utilisation, non pas incomplète comme celle dont il s'agit aujourd'hui, mais une utilisation complète et définitive du domaine légué par M. *Vallée*.

M. le PRÉSIDENT rappelle que les conclusions du rapport si net et si complet de M. le Dr *Bourneville* sont les suivantes, et invite la Commission à se prononcer sur chacune d'elles au fur et à mesure de leur lecture :

1° *Maintien, après exécution des travaux de lessivage, de nettoyage et de réparations urgentes, des bâtiments tels quels avec leur affectation actuelle.*

M. TRÉLAT. — J'estime qu'on ne saurait placer des enfants dans les bâtiments actuels sans y apporter certaines modifications et sans avoir abattu et reconstruit un certain nombre de cloisons. Les pièces qui peuvent être affectées à des dortoirs sont dans un état des plus misérables.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Je n'ignore pas que ces pièces sont en mauvais état; cependant, elles peuvent être utilisées dès à présent, si l'on y fait des travaux de lessivage et de nettoyage. Le plan de travaux présenté par M. l'Architecte, et dont je viens de vous entretenir, me paraît entrainer des modifications tellement importantes et nombreuses, qu'il y a lieu d'attendre qu'une Commission, dont je vous proposerai tout à l'heure la nomination, se soit prononcée sur l'utilisation complète et définitive de cette propriété avant d'adopter ce plan et les devis qui l'accompagnent.

M. TRÉLAT. — L'avant-projet dont vient de parler M. le Dr *Bourneville* n'est que la traduction du programme, assez vague d'ailleurs, présenté par l'Administration. Il est évident, pour moi, qu'en raison de l'état de délabrement des bâtiments et de la déclivité du sol, l'installation projetée dans ce local d'un service de jeunes filles idiotes nécessitera de notables dépenses.

A la suite de cette discussion, la proposition de M. le Dr *Bourneville* est adoptée par la Commission.

2° *Affectation des locaux actuels à leur ancienne destination, en réduisant, s'il y a lieu, le nombre des lits.*

Adopté.

3° *Nomination d'une Sous-Commission composée de quatre membres de la Commission de surveillance, chargée d'étudier la destination qu'il y aurait lieu de donner à chaque local et d'indiquer, s'il y a lieu, l'utilisation ultérieure du domaine.*

Adopté.

La Commission, consultée, désigne MM. *Puteaux, Rousselle,* le Dr *Bourneville* et le Dr *Du Mesnil* pour faire partie de cette Sous-Commission.

4° *Mise à l'ordre du jour de la prochaine séance, du rapport de M. le Dr* Bourneville *sur l'organisation intérieure de cette fondation.*

Adopté.

5° *Soin laissé au Conseil général d'indiquer quelles sont les modifications ou les transformations qu'il y aura lieu de faire subir à cette fondation, après expérience pratique.*

Adopté.

Dans la séance du 7 novembre 1891, nous avons donné lecture du rapport ci-après. :

MESSIEURS,

Dans votre dernière réunion, vous avez nommé une Sous-Commission composée de MM. *Du Mesnil, Puteaux, Rousselle,* et du Rapporteur, chargée « d'étudier la destination qu'il y aurait lieu de donner à chaque

local des bâtiments entrant dans le legs Vallée et d'indiquer, s'il y avait lieu, l'utilisation ultérieure du domaine. » De plus, vous avez décidé de mettre à l'ordre du jour de votre prochaine séance « l'organisation intérieure de cette fondation. »

Conformément à vos décisions, l'Administration a convoqué la Sous-Commission à la *fondation Vallée*, le 29 octobre. Un malentendu regrettable et des circonstances particulières ont empêché MM. *Du Mesnil, Puteaux* et *Rousselle* de répondre à la convocation.

Avec MM. *Roux*, *E. Trélat*, *Leclère* et *Ramolini*, nous n'en avons pas moins fait une nouvelle visite très détaillée des divers bâtiments. Cette visite a montré que, vu le mauvais état et la disposition défectueuse de ces bâtiments, mieux valait s'en tenir, suivant la proposition que vous avez adoptée, au « maintien, après exécution des travaux de lessivage, de nettoyage et de réparations urgentes des bâtiments tels quels, avec leur affectation actuelle. »

Toutefois, nous avons reconnu la nécessité d'abattre quelques cloisons afin de réunir plusieurs pièces, de percer quelques fenêtres, d'installer des lavabos, etc. Il a été convenu aussi que M. le Directeur des affaires départementales donnerait des ordres pour le commencement immédiat des travaux et pour qu'il soit procédé par l'Asile clinique, à la mise en bon état des jardins abandonnés depuis le mois de juillet.

M. ROUX. — Il nous est d'autant plus facile de commencer d'urgence ces travaux que le Conseil général nous a autorisés à les exécuter par imputation sur le produit de la location de l'immeuble, montant à 55,000 francs environ. Nous n'aurons à rendre compte à cette assemblée départementale que des dépenses faites dans la mesure qu'elle a indiquée.

M. ROUSSELLE. — Il est du devoir de l'Administration

de bien entretenir les propriétés départementales avec les fonds votés à cet effet par le Conseil.

La Commission, consultée, adopte la proposition de la Sous-Commission.

M. le Dr BOURNEVILLE reprend la lecture de son rapport ;

Nous avons examiné avec M. *Roux* la situation que nous avions simplement indiquée dans notre précédent rapport et qui consiste, moyennant un prix de journée à déterminer, à confier à l'hospice de Bicêtre l'entretien et la nourriture des malades et du personnel de la *fondation Vallée*. Nous avons constaté que ce mode d'approvisionnement était facile, en ce sens que la distance de la cuisine à la fondation est moindre que la distance de la cuisine de l'asile à la colonie de Vaucluse et aussi par l'installation qui doit être faite prochainement d'un petit chemin de fer Decauville, allant de la cuisine de Bicêtre à l'extrémité de la section des enfants la plus rapprochée de la *fondation Vallée*.

Nous avons examiné aussi les différents points relatifs à l'organisation intérieure de ce petit établissement. Comme il nous a été impossible de les discuter avec nos collègues de la Sous-Commission et dans le but d'arriver promptement à une solution, nous demandons à l'Administration, si le représentant du conseil général à la Commission de surveillance n'y voit pas d'inconvénients, de convoquer la Sous-Commission le jour où la Commission d'assistance publique du Conseil général fera sa visite au quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre et à la *fondation Vallée*. Si cette proposition était agréée, nous pourrions nous entendre sur toutes les mesures à prendre pour utiliser et organiser le plus tôt possible cet important domaine, et nous serions en mesure de vous apporter, à la prochaine séance, des propositions fermes.

M. ROUSSELLE. — C'est avec le plus grand plaisir que les membres de la 3e Commission du Conseil général verront les membres de la Sous-Commission visiter, en leur compagnie, Bicêtre et la *fondation Vallée*.

M. CARON. — Quelle est, approximativement, la distance qui sépare Bicêtre de la colonie projetée de jeunes filles ?

M. le Dr BOURNEVILLE. — Cette distance est moins grande que celle qui sépare Vaucluse de sa colonie. Il peut y avoir 500 mètres des cuisines de Bicêtre à la *fondation Vallée*; mais cette distance n'est plus que de 150 mètres si on la calcule du mur extérieur de l'hospice.

M. ROUX. — Entre le mur de Bicêtre et la *fondation Vallée*, il n'y a que la rue à traverser. Cette distance ne serait même que de 100 mètres environ si on autorisait le prssage sur une languette de terre qui se trouve entre deux chemins.

M. le PRÉSIDENT. — Et le personnel, par qui serait-il nommé ?

M. le Dr BOURNEVILLE. — Cette question est encore à élucider. Ce personnel pourrait toutefois être choisi, partie parmi le personnel de Bicêtre qui sait déjà quels sont les soins qu'il convient de donner aux enfants et possède une instruction pédagogique spéciale, et partie parmi les élèves diplômées de l'École départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile clinique.

M. le PRÉSIDENT. — Quelle catégorie d'enfants placera-t-on dans cette institution ?

M. ROUX. — La *fondation Vallée*, à Gentilly, remplirait, à l'égard des jeunes filles idiotes ou arriérées, le rôle que la colonie de Vaucluse remplit actuellement à l'égard des garçons, c'est-à-dire que les jeunes filles susceptibles d'amélioration y seront envoyées. Les gâteuses et les

incurables continueront, comme par le passé, à être dirigées sur la Salpêtrière.

Enfin, dans la séance du 5 décembre 1886, nous avons exposé en ces termes le plan d'organisation de la Fondation Vallée, au nom de la Sous-Commission.

MESSIEURS,

Nous venons aujourd'hui, dans ce nouveau rapport, vous exposer les résultats de la visite faite le 14 novembre, avec la Commission d'assistance publique du Conseil général, par votre Sous-Commission chargée d'étudier l'organisation intérieure de la *fondation Vallée*.

Administration. — Conformément à une délibération du Conseil général que nous avons reproduite, la *fondation Vallée* sera considérée comme une annexe de l'Asile clinique, qui inscrira à son budget, dans un chapitre spécial, le budget de la fondation. Le Directeur de l'Asile clinique sera chargé de l'inspection, de la surveillance, de l'installation et de l'entretien du domaine.

Les *frais de première installation* (mobilier, literie (1), sommiers (2), matelas, couvertures, trousseaux, tables, chaises, etc.) seront prélevés sur le crédit disponible, provenant des loyers payés par M. *O. Baetge*. Ils seront fournis, suivant une délibération antérieure du Conseil général par le *Magasin central des hôpitaux*. Une partie du mobilier scolaire pourra être fabriquée par les ateliers des enfants de Bicêtre, contre remboursement par le Département.

M. ROUX. — M. le Dr *Taule,* directeur de l'Asile clinique,

(1) Il convient de prendre des lits de différentes dimensions, en harmonie avec les tailles différentes des enfants.
(2) Ils devront être à lames métalliques.

est tout disposé à faire ce qui lui sera demandé par le Conseil général et par la Commission de surveillance; mais il craint que l'annexion de cette fondation à l'établissement qu'il dirige ne fasse incomber sur lui une grande responsabilité. Il demanderait donc à être déchargé de la surveillance et de la direction de cette fondation dont il est éloigné de plus de 4 kilomètres, et qu'il ne pourrait pas visiter tous les jours. J'ai, en conséquence, pensé que, tout en inscrivant au budget de l'Asile clinique le prix de journée à payer par le Département à l'Assistance publique pour l'entretien de ces enfants, il convenait :

1° De laisser au médecin en chef la responsabilité qui lui incombe vis-à-vis de la loi, au point de vue de la tenue des registres et de la délivrance des certificats;

2° De confier au Directeur de Bicêtre la direction intégrale de cette annexe, sous l'autorité du Directeur de l'Assistance publique.

En un mot, M. le Directeur de Bicêtre aurait, à l'égard de cette nouvelle fondation et de son domaine, les mêmes pouvoirs qu'il possède déjà sur la section des idiots confiée aux soins médicaux de M. le Dr *Bourneville*.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Je ne fais aucune opposition à ce que ma proposition soit modifiée dans ce sens, si MM. les Directeurs de l'Assistance publique et de Bicêtre veulent bien, ce dont je ne doute pas, se prêter à la combinaison proposée par M. *Roux*.

M. le PRÉSIDENT.— Tout en tenant compte des scrupules de M. *Taule*, je ne puis m'empêcher de lui faire observer qu'il résulte, du rapport même de M. le Dr *Bourneville*, « que le Directeur de l'Asile clinique ne sera chargé que de l'inspection, de la surveillance, de l'installation, de l'entretien du domaine. » Il ne lui incomberait donc, ce me semble, aucune responsabilité de la part de l'Institution des jeunes filles idiotes.

M. le Dr TAULE. — Je ferai remarquer à M. le *Président* que cette fondation devant être considérée comme une

annexe de l'Asile clinique, j'endosserais forcément l'entière responsabilité de ce qui pourrait s'y passer, bien que je n'en sois pas le Directeur réel, si par une décision spéciale, cette responsabilité n'est reportée sur une autre personne.

M. BAILLY. — J'ai lu dans le rapport de M. le Dr *Bourneville* « que, conformément à une délibération du Conseil général, la *fondation Vallée* sera considérée comme une annexe de l'Asile clinique. » J'ignorais que le Conseil général eût déjà statué sur cette question; mais je crois qu'il importe de bien préciser le caractère purement économique de cette annexion, caractère que le Conseil général a entendu donner à sa décision. Il est essentiel, en effet, que plus tard il ne soit pas possible à qui que ce soit, de prétendre que la *fondation Vallée* relève de la Faculté de médecine et par suite du Ministère de l'Instruction publique, qui pourrait bien avoir l'idée d'en confier le service médical à l'un de ses professeurs de la clinique des aliénés. Si cela devait arriver un jour, faudrait-il encore que le Conseil général soit appelé à apprécier l'extension à donner à sa première décision. Je crois donc qu'il importe de bien expliquer que l'annexion ou le rattachement à l'Asile clinique n'aura lieu qu'au point de vue purement économique et administratif.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Jusqu'à présent, le Ministère de l'Instruction publique n'est jamais intervenu, que je sache, dans les affaires de l'Asile clinique. Je ne pense donc pas qu'il veuille intervenir dans les affaires de la *fondation Vallée*. J'ajoute toutefois qu'en intervenant il ne ferait que son devoir. Depuis le vote de la loi sur l'instruction obligatoire, tout ce qui est enseignement devrait être surveillé par lui. Or, à la *fondation Vallée*, on tâchera d'y instruire des enfants, comme on le fait déjà à la colonie de Vaucluse et dans les sections d'enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. En faisant inspecter ces établissements par ses agents, au point de vue de l'application de la loi sur l'enseignement primaire, le Ministère de l'Ins-

truction publique ne ferait que se conformer à la loi. Tout autre genre d'intervention ne nous paraîtrait pas justifié.

M. Bailly. — Ce n'est pas au point de vue de l'inspection des écoles que je crains l'ingérence du Ministère de l'Instruction publique, dans cette fondation, mais à cause de la direction du service médical que le Conseil général n'a pu vouloir abandonner dès à présent à la Faculté de médecine. Je crois qu'il est de notre devoir de réserver cette direction à nos docteurs des asiles et de le dire.

M. le Dr Bourneville. — Je continue la lecture de mon rapport.

L'Assistance publique, par l'intermédiaire de l'hospice de Bicêtre, sera chargée de l'*approvisionnement* de la fondation : *alimentation*, *pharmacie*, *chauffage*, remplacement du linge et des effets d'habillement constituant les trousseaux, du *blanchissage*, jusqu'à l'organisation d'une buanderie, d'une lingerie et d'un atelier de couture à la fondation, etc. Tout le mobilier, dont il sera dressé un inventaire, restera à l'asile définitif. Tous les trois mois, le Directeur de l'asile clinique, le Médecin de la fondation, le Directeur et l'Econome de Bicêtre se réuniront pour examiner toutes les affaires concernant l'établissement. Le Directeur de l'Asile clinique donnera régulièrement, à chaque séance de la Commission de surveillance, des renseignements sur le mouvement de la population et, à l'occasion, lui fera connaître les décisions prises lors de la réunion trimestrielle.

La surveillante sera chargée de la confection et de la tenue en bon état des dossiers, de la copie de la correspondance, de la préparation des certificats, etc.

Service médical. — Le service médical sera confié au personnel de la section des Enfants de Bicêtre jus-

qu'à la construction de l'établissement définitif. Il conviendrait, afin d'assurer son bon fonctionnement, de réclamer à l'Assistance publique un second interne titulaire pour la section des enfants de Bicêtre et d'organiser un roulement entre les deux internes titulaires et l'interne provisoire de cette section, dans le but de répondre à l'appel, en cas d'urgence, et pour faire la garde de nuit. La dépense occasionnée pourrait rentrer dans le prix de journée payé à l'hospice ou être l'objet d'une indemnité à déterminer.

Service de la pharmacie. — Les médicaments seraient fournis et préparés par la pharmacie de l'hospice. Une indemnité serait accordée à la collectivité des internes en pharmacie, par exemple 400 francs.

Personnel secondaire. — Nous pensons qu'il serait bon d'adopter un cadre analogue à celui de l'Assistance publique : surveillantes, sous-surveillantes, suppléantes, premières infirmières, simples infirmières, et de ne donner de l'augmentation dans chaque grade qu'au fur et à mesure de l'accroissement de la population et des services rendus. En conséquence, nous proposons l'organisation suivante :

1° Pour l'*école* : 1 surveillante de 2e classe chargée de la sous-direction de la fondation et qui ferait le travail de bureau, d'ailleurs peu important. En raison de l'obligation d'avoir une personne au courant des connaissances pédagogiques spéciales, indispensables pour l'enseignement des enfants, il est nécessaire de faire appel à l'une des sous-surveillantes de la section des enfants de Bicêtre ; 2 suppléantes.

2° Pour l'*enseignement professionnel*, jusqu'à nouvel ordre : 1 suppléante couturière.

3° Pour le service des salles : 4 infirmières de jour ; 1 infirmière de nuit (1re classe).

Pour le réfectoire : 1 fille d'office aidée d'ailleurs par les infirmières des salles.

4° Pour les *bains* : 1 baigneuse.

5° Pour l'*infirmerie* : 1 première infirmière.

M. ROUX. — Nous n'avons pas de suppléantes dans nos asiles.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Puisque ce service sera rattaché à Bicêtre, je crois qu'il y a lieu d'admettre cet emploi. La suppléante, d'ailleurs, outre le soin qui lui incombe de remplacer la sous-surveilante en cas de besoin, a aussi des attributions spéciales dans le service des malades. L'introduction de ce grade dans le personnel des asiles est désirable. S'il n'y a pas d'autres observations, je vais reprendre la lecture de mon rapport.

Il conviendrait aussi d'avoir un *jardinier* et il y aurait, croyons-nous, intérêt à ce qu'il fût logé dans le pavillon du concierge et non dans le fond du jardin, parce qu'il serait ainsi à proximité des dortoirs des enfants en cas d'accident la nuit. Il y aurait aussi avantage à ce qu'il fût marié, car sa femme pourrait être utilisée, et il y aurait plus de garantie au point de vue de la sécurité administrative.

Il va de soi que ce personnel devra être pris, non d'emblée, mais progressivement, d'après le mouvement de la population. Il pourrait être recruté en partie parmi les élèves diplômées des hôpitaux, en partie parmi les élèves diplômées de l'École départementale de l'Asile clinique. Il doit être entendu que les années de service passées soit dans les établissements de l'Assistance publique, soit dans les asiles, devront être comptés plus tard pour la pension de repos.

Comme nous ne sommes pas fixés sur le chiffre exact des lits, il s'en suit que ce cadre ne peut être que provisoire. Il en résulte aussi qu'il conviendra, la

seconde année, en cas de bons services, d'élever une ou plusieurs suppléantes au grade de sous-surveillantes. Plus tard, encore, l'érection d'une *buanderie*, avec *salle de pliage* et *salle de repassage* amènera à modifier ce personnel.

Afin de compléter ces installations, il sera nécessaire de trouver un petit *vestiaire* pour le dépôt des vêtements des enfants à leur arrivée et pour celui des vêtements des décédées ; une *infirmerie*, une *salle d'isolement* pour les maladies contagieuses, enfin deux ou trois *cellules*. La multiplicité des chambres rendra le choix assez facile. Ce choix sera fait plus utilement lorsqu'on aura pris possession de la fondation. Nous rappellerons que l'ancien cabinet de M. *Vallée* pourra servir au médecin et qu'il est assez vaste pour qu'on y dépose les livres et les documents laissés par le donateur.

L'organisation que nous venons de décrire ne doit avoir qu'une durée aussi limitée que possible. En effet, elle n'utilise que très imparfaitement le domaine, qui se prête à une installation beaucoup plus sérieuse. Telle qu'elle va être, elle ne permettra pas d'évacuer le quartier de l'asile de Villejuif qu'on a dû consacrer aux petites filles idiotes. L'insuffisance des lits pour cette catégorie de malades, la nécessité de rendre le quartier de Villejuif aux femmes aliénées oblige l'administration départementale à se préoccuper dès maintenant de la création d'un asile pour les enfants idiotes. La propriété léguée par M. *Vallée* nous paraît fournir une occasion propice et aider à la solution. L'acquisition d'une propriété peu importante, enclavée dans celle du Département, procurerait une superficie suffisante pour l'établissement d'une section de 300 enfants. D'autre part, si cette acquisition ne peut être effectuée, le Département pourrait vendre

la ferme et acheter les terrains compris entre la fondation, la rue Benserade et le chemin de l'Hay. Ces terrains, constitués par d'anciennes carrières qu'on est en train de combler, se trouvent à l'extrémité de la commune et par conséquent seraient sans doute d'une acquisition relativement peu coûteuse.

Ces questions devront être examinées promptement par la Commission de surveillance et le Conseil général, et, dès que la décision aura été prise, il conviendra de s'occuper du *programme* de l'établissement définitif. A partir de sa construction, qui pourrait se faire en deux ou trois années, le nouvel asile devra avoir son autonomie et ne dépendra plus aucunement de l'hospice de Bicêtre ni de l'asile clinique (Ste-Anne).

M. le PRÉSIDENT. — Vous venez, messieurs, d'entendre la lecture de l'intéressant rapport par lequel M. le Dr *Bourneville* propose :

1° L'utilisation immédiate des locaux actuels sous l'administration du Directeur de l'hospice de Bicêtre et moyennant le payement à l'Assistance publique, par l'entremise du Directeur de l'asile Sainte-Anne, d'un prix de journée à déterminer ;

2° L'étude à bref délai d'un programme pour la construction sur ce domaine d'un établissement autonome, destiné à l'entretien de 300 jeunes filles idiotes ou arriérées.

Je crois que nous sommes tous d'accord sur l'adoption de ces conclusions. Je donne toutefois la parole à qui voudra présenter des observations.... Personne ne demandant la parole, je mets ces conclusions aux voix. Les conclusions du rapport de M. le Dr *Bourneville* sont, à l'unanimité des membres présents, adoptées par la Commission.

Pour compléter les renseignements qui précèdent, nous croyons utile de reproduire les instructions suivantes adressées par M. PEYRON à M. PINON, directeur de Bicêtre.

Paris, le 22 janvier 1890,

Monsieur le Directeur,

M. Vallée, propriétaire d'une institution de jeunes filles idiotes et arriérées, située à Gentilly, rue Benserade, à proximité de l'hospice de Bicêtre, a légué en mourant, son établissement au département de la Seine, sous la condition que son affectation spéciale lui soit conservée.

La Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine, et la 3me commission du Conseil général, ont décidé qu'en attendant la création d'un établissement définitif pouvant recevoir 300 enfants, il y avait lieu d'utiliser provisoirement l'institution telle qu'elle a été léguée et de l'aménager de façon à y hospitaliser 40 petites filles.

D'autre part et conformément au projet de M. le Dr Bourneville, adopté par la Commission de surveillance et le Conseil général, il a été convenu entre l'Administration et la Préfecture de la Seine, que les services économiques de l'Institution seraient assurés par l'hospice de Bicêtre, contre remboursement d'un prix de journée égal à celui que nous paie le département, pour chaque aliéné entretenu dans notre quartier d'hospice. Je vous adresse en conséquence mes instructions à cet égard.

Votre service d'Economat sera chargé de la nourriture des enfants, de leur entretien, de leur chauffage et de leur éclairage, en un mot de tout l'approvisionnement de l'Institution.

D'un autre côté, le service médical de cet établissement sera confié au personnel de la Section des enfants de Bicêtre, et, pour pouvoir établir un roulement de garde de jour et de nuit, un second interne titulaire sera adjoint à ce personnel. Vous serez chargé de payer le personnel médical supplémentaire ainsi que le personnel secondaire.

Ce personnel comprendra : 1° pour l'école, une surveillante et deux suppléantes ; — 2° pour l'enseignement professionnel, une suppléante ; — 3° pour le service des salles, quatre infirmières de jour, une infirmière de nuit ; — pour le réfectoire, une fille d'office ; — 4° pour les bains, une baigneuse ; — 5° pour l'infirmerie, une infirmière ; — 6° un jardinier dont la femme servira de concierge.

En tout quatorze sous-employés ou serviteurs dont les gages s'élèveront à un total de 5.160 fr, *mais qui ne seront nommés qu'au fur et à mesure des besoins.*

Ce personnel sera placé sous votre autorité immédiate au même titre que les sous-employés et serviteurs de l'hospice.

Aux termes des conventions survenues entre l'Assistance publique de Paris et l'administration départementale, les frais d'entretien des enfants de l'Institution Vallée nous seront remboursés à raison de 2 f. 20, prix de journée qui nous est payé pour les aliénés du quartier de Bicêtre.

Vous aurez en conséquence, à la fin de chaque trimestre à produire à la division des hôpitaux et hospices, en même temps que les états trimestriels de la dépense des aliénés de Bicêtre, un état spécial et nominatif pour les enfants de l'institution Vallée, état calculé à raison de *2 fr. 20* cent. par enfant et par journée de présence.

Ces enfants ne seront jamais admises directement. Elles passeront toutes par le bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne : l'Institution Vallée, pendant toute la durée de son fonctionnement provisoire, ne sera, en effet, qu'une division de l'asile de la rue Cabanis, où, par conséquent sera tenu le registre prescrit par la loi de 1838. Par suite, c'est le directeur de cet asile qui aura la surveillance du domaine de l'établissement.

En ce qui concerne le fonctionnement de l'Institution et les intérêts même de la fondation, un comité se réunira tous les trois mois pour étudier les mesures à prendre. — La commission de surveillance a demandé que le Directeur et l'Econome de Bicêtre fussent membres de ce comité dont feront partie : le Directeur de l'Asile Sainte-Anne et e médecin de l'Institution. — Je vous autorise ainsi que votre Econome à accepter ces fonctions et à prendre part aux délibérations.

M. le Préfet de la Seine m'informe que les travaux d'appropriation et de nettoyage de l'Institution Vallée seront terminés à la fin du présent mois.

Il s'agit par conséquent, en ce qui vous concerne, de vous préparer à assurer le fonctionnement du nouvel établissement dès les premiers jours du mois prochain.

Il est urgent d'autre part que vous preniez livraison du mobilier existant dans la maison et, qu'au préalable, vous dressiez l'inventaire. Vous procéderez à cette opération de concert avec M. le Directeur de Sainte-Anne, qui vous indiquera le jour et l'heure auxquels il pourra se mettre à votre disposition.

Je vous autorise à correspondre directement avec lui à ce sujet. Vous examinerez ensemble les réparations nécessaires à la mise en état dudit mobilier et vous ferez faire sans retard ces réparations par les ateliers des enfants de Bicêtre.

Le mobilier ainsi inventorié, sera évidemment insuffisant. Vous aurez, en conséquence, en prenant les avis de M. le Directeur de Sainte-Anne et les conseils de M. le docteur Bourneville, spécialement en ce qui concerne le mobilier scolaire, à dresser un devis de l'ameublement complémentaire en basant vos prévisions sur une population de 20 enfants seulement, chiffre pour lequel, selon les instructions de M. le Préfet, le nouvel établissement devra tout d'abord être aménagé.

C'est à M. le Directeur de l'Asile Sainte-Anne qu'il appartiendra de faire approuver ce devis par M. le préfet de la Seine. — Mais, lorsque l'approbation aura été obtenue, vous devrez dresser deux états que vous m'adresserez et qui m'indiqueront, l'un, les meubles qui pourront être fabriqués par les ateliers des enfants, et l'autre les objets mobiliers qui devront être fournis par le magasin central des hôpitaux, contre remboursement par le budget de la Fondation. Je vous prie de m'accuser réception de cette lettre.

Recevez monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur de l'Administration :
Signé : PEYRON.

Indemnité au médecin de Bicêtre chargé de la direction du Service médical de l'Institution Vallée.

L'extrait suivant du procès-verbal du Conseil de

surveillance de l'Assistance publique nous a paru trouver naturellement sa place ici.

M. RISLER, rapporteur, expose que M. le Préfet de la Seine estime qu'il convient d'attribuer au médecin chargé de la direction du Service médical de l'Institution Vallée une indemnité en rapport avec l'importance de ce service, indemnité qui serait fixée à 2.000 fr. et qui se trouverait comprise dans le prix de journée payé par le département. M. le Rapporteur reconnait que l'allocation demandée est légitime, mais il fait observer que le prix de journée de 2 fr. 20 payé par le Département ne couvrirait l'Assistance publique de toutes ses dépenses que si l'Institution comptait au moins 50 enfants ; par conséquent, la Commission est d'avis qu'il n'y aura lieu d'accorder l'indemnité demandée que le jour ou l'Institution renfermera un chiffre déterminé d'Enfants, par exemple 55.

M. le DIRECTEUR pense qu'il est bien difficile de fixer à l'avance le chiffre des enfants qui devront se trouver à l'Institution pour qu'une indemnite soit accordée au médecin, et insiste d'une façon toute particulière pour que l'indemnité soit votée en raison surtout de la difficulté des communications entre l'Hospice et l'Institution Vallée.

M. DUBRISAY fait observer que, quel que soit le nombre d'enfants, le dérangemeent est le même pour le médecin.

M. GOUPY croit que, sans fixer à l'avance le nombre d'enfants, on pourrait dire que l'indemnité sera payée au médecin le jour où le nombre des enfants hospitalisés à l'Institution Vallée aura été porté à un chiffre suffisant pour qu'il ne résulte de l'allocation de cette indemnité aucune dépense à la charge de l'Assistance publique.

M. le RAPPORTEUR déclare que la Commission accepte la modification proposée par M. GOUPY.

Les conclusions de la Commission sont mises aux voix et adoptées. En conséquence, le Conseil adopta l'avis suivant :

Le Conseil, — Vu la lettre par laquelle M. le Préfet de la Seine fait savoir que le nombre des enfants que doit recevoir l'Institution Vallée sera porté très-prochainement à 60, et propose d'attribuer au Médecin chargé de la Direction du service médical de cette Institution, une indemnité de 2.000 fr. sur le rapport de sa Commission.

Émet l'avis : Qu'il y a lieu d'accueillir les propositions de M. le Préfet de la Seine et d'attribuer une indemnité de 2.000 fr. au médecin de l'hospice de Bicêtre chargé de la direction du service médical de l'Institution Vallée, lorsque le nombre d'enfants de l'Institution Vallée aura été porté à un chiffre suffisant pour qu'il ne résulte de l'allocation de cette indemnité aucune dépense à la charge de l'Administration de l'Assistance Publique.

Le Conseil de surveillance trouvait juste d'allouer immédiatement une indemnité au directeur, à l'économe, etc. Quant au médecin, il l'ajournait à des temps meilleurs.

Histoire de la Fondation Vallée en 1890.

Tous les ans la préfecture de la Seine publie uu Rapport général sur le service des aliénés. Dans ce rapport figurent les rapports de tous les médecins des asiles. Il est regrettable que les médecins des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière ne soient pas appelés, eux aussi, à donner un aperçu résumé de la situation de leurs services. La Fondation Vallée appartenant au département, nous avons été invité, comme

médecin de cet établissement à adresser le rapport suivant à M. POUBELLE, préfet de la Seine.

MONSIEUR LE PRÉFET,

Dans plusieurs rapports faits à la Commission de surveillance en 1889 (1), nous avons tracé l'historique de la fondation Vallée, décrit les bâtiments et le domaine dont elle se compose ; nous avons également indiqué son organisation intérieure. Sur notre proposition, formulée dans un but d'économie, il a été décidé qu'en attendant la création d'un établissement autonome pouvant contenir 3 ou 400 jeunes filles idiotes ou arriérées, l'Administration départementale utiliserait les locaux actuels dès qu'ils auraient subi une réfection générale. Il a été décidé aussi que l'établissement provisoire serait placé sous l'administration du Directeur de l'hospice de Bicêtre et moyennant le payement à l'Assistance publique, par l'entremise du Directeur de l'Asile clinique, d'un prix de journée à déterminer. Diverses circonstances ont ralenti les travaux d'appropriation qui devaient être terminés pour la fin de décembre 1889 et ce n'est que le 1er mars 1890 qu'a eu lieu l'ouverture de la fondation.

Statistique, mouvement de la population. — Le projet primitivement établi par M. Trélat, architecte en chef du département et soumis par l'Administration à la Commission de surveillance, ne comportait que 44 lits. Les modifications que nous avons fait subir à ce projet ont permis d'augmenter de plus de

(1) Voir plus haut.

moitié le nombre des lits, tout en respectant les conditions exigées par l'hygiène. Après avoir résumé, dans le tableau ci-après le mouvement de la population durant de premier exercice, nous fournirons quelques détails sur les *décès* et les *sorties*.

Décès. — Le tableau suivant donne le diagnostic, la cause et la date du décès des malades, ainsi que quelques-unes des particularités les plus intéressantes qu'elles ont présentées.

MOIS.	ENTRÉES.	SORTIES.	DÉCÈS.	TRANSFERTS.
Mars	18	»	»	»
Avril	3	»	»	»
Mai	12	»	2	»
Juin	8	1	»	»
Juillet	19	»	1	»
Août	6	»	2	»
Septembre	3	»	»	1
Octobre	4	»	»	»
Novembre	4	1	»	»
Décembre	3	1	1	1
TOTAUX	80	3	6	2

Nous relèverons dans le tableau qui suit l'existence de nombreux antécédents héréditaires ; l'asphyxie à la naissance ; les convulsions durant la première enfance et enfin la persistance du thymus.

Sorties. — Les sorties ont été au nombre de 5, dont 2 par transfert. Ce tableau indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	CAUSE DE LA SORTIE.
CARB... (Charles), garçon.	4 ans.	Idiotie.	Rendu à la mère qui déclare ne pouvoir s'en passer.
PIC... (Marie).	14 ans.	Imbécillité et instabilité mentale.	Transférée à Maréville.
LAP... (Georges), garçon.	4 ans 1/2	Idiotie et hémiplégie droite.	Rendu aux parents qui s'opposent au transfert.
PIER... (Jules), garçon.	4 ans.	Idiotie.	Transfére à l'asile de Clermont.
FORG... (Albertine).	4 ans.	Idiotie complète. Gâtisme.	Reprise par ses parents; même état.

Population au 31 *décembre* 1890. — Au 31 décembre, il restait à la fondation 69 enfants, se décomposant ainsi :

Épileptiques 16
Idiots et imbéciles.......................... 53

dont 5 petits garçons.

Sur ce nombre 3 sont atteintes de surdi-mutité, 2 sont aveugles et 25 sont gâteuses, 16 savent se servir de la cuillère, de la fourchette et du couteau ; 20 de la cuillère et de la fourchette ; 12 seulement de la cuillère, enfin 10 enfants ne mangent pas seuls.

L'encombrement qui existait au Bureau d'admission, vers le milieu de l'année, et en même temps l'absence de lits disponibles dans les sections consacrées aux enfants mâles, ont conduit M. Taule, s'appuyant d'ailleurs sur d'anciennes délibérations du Conseil général, à nous demander de recevoir les tout petits gar-

NOMS ET PRÉNOMS.	AGES.	MALADIES.	DATES DES DÉCÈS.
Dess.. . . .	15 ans 1/2	Imbécillité. Epilepsie.	15 mai.
Duf... . . .	7 ans.	Idiotie complète symptomatique de méningite.	26 mai.
Pet... . . .	13 ans.	Idiotie méningitique.	16 juillet.
Dan... . . .	5 ans.	Idiotie complète par arrêt de développement.	10 août.
Gard.. . . .	2 ans.	Idiotie complète.	13 août.
Rib... . . .	2 ans 1/2.	Idiotie.	30 décemb.

CAUSES DES DÉCÈS	PARTICULARITÉS.
Pneumonie.	Père: migraine ophtalmique avec cécité transitoire puis permanente. Asphyxie à la naissance. Premier accès à 14 ans. Onanisme invétéré avec les mains et les cuisses. Gangrène cutanée des cuisses. Suspension des accès pendant la gangrène. Etat chagriné de plusieurs circonvolutions. *Pas de thymus. Corps thyroïde* : 14 grammes.
Congestion méningitique.	Hérédité paternelle et maternelle très chargée ; coups de sang, idiotie, surdi-mutité, convulsions, hémiplégie, migraine. Emotions maternelles au cinquième mois. Asphyxie à la naissance. Convulsions dès la naissance. Onanisme. Accès de cris et congestion méningée. Adhérences nombreuses surtout à gauche. *Pas de thymus. Corps thyroïde* : 5 grammes.
Cachexie progressive.	Grand père paternel alcoolique, apoplexie. Mère sourde-muette, convulsions dans l'enfance. Grand père maternel alcoolique, suicidé. Arrière grand-père mort aliéné. Sœur morte de convulsions. Adhérences des méninges. Aspect chagriné du lobe temporo-occipital avec induration. *Pas de thymus. Corps thyroïde* : 9 grammes.
Congestion pulmonaire.	Mère, grand-père et tante strabiques. Congestion pulmon ıie avec infarctus. Congestion et ecchymoser de la pie-mère. Adhérences légères pressque partout. *Persistance du hymus* (5 grammes). *Corps thyroïde* : rammes.
Cachexie progressive.	Père alcoolique. Mère migraineuse. Frère mort de convulsions. Hydrocéphalie ventriculaire; 500 grammes de liquide céphalo-rach. *Persistance du thymus* (4 grammes). *Corps thyroïde* : 10 grammes.
Congestion pulmonaire.	Mère : manie perpuérale. Convulsions dès la naissance pendant trois ou quatre jours. Adhérences de la dure-mère au crâne. *Persistance du thymus* (4 grammes). *Corps thyroïde, très peu développé, à peine apparent.*

çons à la Fondation Vallée. N'ayant jamais partagé les préjugés relatifs à la séparation des enfants, au moins jusqu'à un certain âge, et nous fondant sur ce qui existe dans quelques-uns des asiles anglais consacrés aux idiots, nous avons accepté sa proposition après en avoir conféré avec M. Pinon, directeur de Bicêtre et de la Fondation.

Enseignement primaire. — Cet enseignement est fait sous la direction de la surveillante, Mlle B. Lenglet ; toutes les infirmières y participent. C'est pour cela que nous voulons arriver à n'avoir à la Fondation que des femmes ayant leur diplôme d'infirmières et munies autant que possible du certificat d'études et, s'il y a lieu, du brevet élémentaire. Nous avons introduit successivement dans les classes tout le matériel scolaire que nous employons à Bicêtre. Il a été confectionné par l'atelier des enfants de cet établissement. Nous avons installé successivement dans le gymnase les appareils de la gymnastique Pichery, dès le 22 mars, et successivement tous les appareils de gymnastique ordinaires.

65 enfants ont fréquenté l'école dans le courant de l'année. Nos efforts tendent à ce que toute la journée soit occupée depuis le lever jusqu'au coucher. Nous varions les exercices scolaires le plus possible, en insistant sur les *leçons de choses*, en les coupant par des promenades dans le jardin et durant lesquelles les enfants sont interrogés sur les plantes, les fleurs, les fruits, les arbustes, etc., que nous avons fait étiqueter pour favoriser l'enseignement.

M. Goy, professeur de gymnastique à Bicêtre, a eu l'obligeance de venir régulièrement tous les jeudis depuis le 1er juin donner des leçons aux surveillantes et aux infirmières, en même temps qu'aux enfants.

Nous n'avons eu qu'à nous féliciter du zèle du personnel, car les résultats obtenus ont été très satisfaisants.

Dans le courant de l'année, 10 *enfants gâteux* sont devenus *propres*, ce sont: Car..., Dr..., Gou..., Fron. Vaiss..., Jacq..., Gremil..., Schvil..., Court....

Enseignement professionnel. — Dans le cours de l'année 1890, le travail a été limité à la *couture* et au *repassage*. L'atelier de couture, dirigé par Mme Ehrmann, a été ouvert le 4 mars et celui de repassage, dirigé par Mme Lejeune, seulement le 11 décembre. Le travail des enfants a été évalué par M. Baron, économe de Bicêtre, d'après les tarifs de cette maison. Les enfants travaillent une heure à l'atelier et les plus avancées y retournent après la classe du soir de 3 heures 1/2 à l'heure du diner (5 heures). Les enfants ont confectionné des bavettes, des tabliers, des robes, des upons, des corselets, des chemises d'homme, etc.

MOIS.	NOMBRE DES APPRENTIES.	VALEUR de la MAIN-D'ŒUVRE.
		fr. c.
Mars	6	»
Avril	8	5 »
Mai	13	30 »
Juin	13	64 60
Juillet	13	78 50
Août	14	104 75
Septembre	13	90 95
Octobre	15	101 45
Novembre	16	122 25
Décembre	13	174 25
TOTAL	....	771 75

Dans le nombre des apprenties ne figurent que cel-

les qui travaillent d'une façon régulière. 10 autres enfants ont été occupées chaque jour pendant une demi-heure à une heure.

Les enfants sont exercées en outre à faire leur lit, nettoyer leur dortoir, mettre le couvert, laver la vaisselle, en un mot, à tous les soins du ménage. Il y aura lieu dans le courant de l'année 1891 d'introduire quelques autres menus travaux: tricot, broderie, tapisserie, etc. Lorsque la population sera au complet, le moment sera venu de voir si l'on ne doit pas créer de nouveaux ateliers à la Fondation, par exemple un atelier de brochage et de reliure, un atelier de fleuriste.

Visites, permissions de sortie et congés. — Les enfants ont reçu 971 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 1856 2 enfants ont eu un congé d'un jour, 11 de deux jours, 7 de trois jours, 2 de quatre jours, 31 de cinq jours et 27 de huit jours.

Promenades. — Tous les enfants valides vont en promenade deux fois par semaine, tantôt dans les environs de la Fondation (Gentilly, Bicêtre, Kremlin, Arcueil, etc.), tantôt dans Paris (parc de Montsouris, Jardin des Plantes, Palais de l'Industrie, Jardin d'Acclimatation, etc.). Un certain nombre d'entre elles ont été conduites à plusieurs matinées dramatiques données à Bicêtre et au concert des frères Lionnet. Ces promenades, ainsi que les congés, nous fournissent des moyens d'action puissants au point de vue de la discipline, car les enfants y tiennent beaucoup.

Améliorations diverses. — Nous citerons la transformation des portes pleines des classes en portes vitrées, ce qui les rend plus gaies et facilite la surveillance ; — la création d'un place de suppléante de nuit pour surveiller les veilleuses ; — l'achat de deux bidets

pour le nettoyage des gâteuses et des jeunes filles réglées; — les installations de la salle de couture et de repassage.

Infirmerie. — Elle a été ouverte le 31 mars avec 1 enfant. Par suite du petit nombre d'enfants atteintes à la fois de *maladies intercurrentes* qui immobilisaient une infirmière de nuit, et une infirmière de jour pour 1, 2, 3 enfants au maximum, nous avons décidé avec M. Pinon, directeur de Bicêtre, de placer les petites filles malades dans les chambres annexées à l'infirmerie des enfants de Bicêtre. Cette pratique économique n'a été l'occasion d'aucun accident.

Maladies contagieuses, Isolement.—Nous avons procédé de même pour les *maladies contagieuses* survenues dans le cours de 1890, c'est-à-dire que nous avons fait conduire les enfants dans le pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses de la section de Bicêtre. 8 enfants ont été atteintes de la *coqueluche;* ce sont Couilbe..., Gou..., Rat..., Sal..., Delv..., Ee..., Chab... et Bill... ; — 9 ont été atteintes de la *teigne* : Garn..., Colz..., Le Bal..., de Vyl..., Lien...; 1 de *varicelle* : Milch... La coqueluche et la teigne ont eu pour point de départ des enfants venus du dehors.

Bains et hydrothérapie. — Les bains, les douches, et la gymnastique surtout, joints à l'emploi des médicaments antiscrofuleux, ont été la base du traitement pendant l'année 1890. Les appareils hydrothérapiques primitivement installés par M. Lequeux étaient absolument inutilisables. Ils ont dû être remplacés, et, malgré l'urgence, ce travail n'a été terminé que le 24 juin. D'ailleurs, l'installation restant insuffisante, nous ne nous en servons que pour les enfants peu valides. Toutes les autres enfants sont conduites au service hydro-

thérapique de Bicêtre. Voici la statistique des bains et des douches donnés en 1890 :

Bains simples	1.580
— salés	337
— amidonnés	104
— alcalins	5
Total	2.026

Douches	3.108
Bains de pieds	685

Quant aux malades épileptiques elles ont été soumises à l'hydrothérapie seule ou combinée avec l'élixir polybromuré. C'est d'ailleurs la méthode que nous avons employée depuis 1875 environ, soit dans notre pratique particulière, soit à la Salpêtrière et surtout à Bicêtre (1).

Vaccinations. — Ainsi que nous l'avons toujours fait dans notre service de Bicêtre, nous avons procédé à la vaccination ou à la revaccination des enfants admises dans l'année, ainsi que du personnel secondaire. Du 1er mars au 31 décembre, nous avons pratiqué 78 vaccinations ou revaccinations, dont 6 sur les infirmières.

Service dentaire. — Tous les enfants ont été examinés et soignés sous le rapport de leur dentition par M. le Dr Cruet, chargé du même service dans la section des enfants de Bicêtre.

Personnel. — Il se compose d'un médecin, d'un interne en médecine, d'une surveillante, Mlle Berthe Langlet; de trois suppléantes, Mlles Ehrmann, Lefèvre

(1) Voir les *Comptes rendus* du service des enfants de Bicêtre de 1880 à 1890, aux articles *Bains* et *Hydrothérapie*.

et Givallois (nuit); de deux premières infirmières, Mlles Lapeyre, pourvue du brevet de capacité, et Lejeune; d'un portier, de cinq infirmières de jour et de trois infirmières de nuit.

Énumération des travaux fournis par l'atelier des enfants de Bicêtre à la fondation Vallée. — En *avril:* 3 tableaux noirs, 2 petites boites pour les bains; 2 passe-boules; 2 jeux de tonneaux; 12 petits bancs pour l'ouvroir; 1 petit escabeau pour apprendre aux enfants à monter et sauter; 1 lit-caisse pour déposer les enfants après leurs crises convulsives; 1 chevalet; 6 tables scolaires; 4 échelles; 1 table pour la classe aux leçons de choses. En *mai:* 1 escabeau pour la gymnastique; 2 bancs pour la classe aux leçons de choses; 1 meuble porte-serviettes; 1 table pour l'ouvroir. En *juin:* 1 porte-serviette; 1 balançoire brachiale; 1 table pour l'ouvroir, et 1 échelle horizontale. En *juillet:* 1 porte-serviette. En *août:* 1 porte-serviettes, et 1 table scolaire pour les gâteuses. Cette table scolaire est munie d'un banc de deux places, séparées par des bras en fer, et percé de deux trous au-dessous desquels est déposé un vase pour recevoir les déjections. Le banc est recouvert d'un coussin perforé. En *septembre:* 1 coffre pour le linge sale: 1 table pour la salle de repassage. En *octobre:* 4 bancs et 2 tables pour le parloir; le meuble pour les leçons de choses; 2 nouvelles tables scolaires pour les gâteuses; 1 grand tableau noir. En *novembre:* les casiers de l'ouvroir; 1 banc pour les enfants gâteuses au réfectoire. En *décembre:* 1 meuble pour serrer les observations et les notes des enfants; 2 tables scolaires et 1 banc pour les enfants gâteuses au réfectoire.

Cette énumération nous a paru utile, car elle montre comment il a été possible, à M. Pinon, directeur, à M. Baron, économe de Bicêtre, et à nous, aidés par

M. Delahaye, architecte du même établissement, d'organiser d'une manière rapide et très économique la fondation Vallée. Elle offre aussi cet intérêt particulier que ce sont les enfants arriérés de Bicêtre qui, par leur travail, ont fourni un grand nombre d'objets nécessaires à l'installation des petites filles arriérées.

Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués,

Dr BOURNEVILLE.

NOTE. — Nous avons laissé dans le texte de notre Rapport à la Commission de surveillance les indications relatives aux plans de la Fondation Vallée parce que nous espérons pouvoir reproduire ces plans dans le *Compte-rendu* de 1891.

DEUXIÈME PARTIE

—

Clinique.

I.

Imbécillité prononcée. — Torticolis. — Syndactylie. — Hypospadias. — Tuberculose intestinale, typhlite et pérityphlite tuberculeuses.

PAR BOURNEVILLE ET RAOULT.

SOMMAIRE. — *Tante paternelle morte d'apoplexie. — Petit cousin et petite cousine paternels aliénés. — Mère migraineuse. — Influence des grossesses et de l'allaitement sur les migraines. — Grand'mère maternelle et arrière-grand-père maternel morts de phthisie. — Arrière-grand'mère maternelle: rhumatisme chronique. — Cousin germain choréique Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge du père et de la mère (15 ans). — Gémellarité. — Frère: convulsions internes. — Frère hypospadias et sujet à des mouvements spasmodiques, arriéré.*

Rien à la conception. — Peur au 5e mois de la grossesse, avec tremblement prolongé; influence des impressions maternelles. — Autre peur au 6e mois. — Accouchement au 7e mois. — Maigreur à la naissance, bassin peu développé, ventre volumineux, empreintes circulaires sur le bas-ventre. — Soupçon de malformation abdominale. — Première dent à 8 mois, poussées lentes. — Coup sur le front à 3 ans 1/2 avec perte de connaissance pendant 3 jours. — Diminution de la parole. — Tremblement latéral de la tête. — Torticolis à gauche. — Accès de colère. — Aspect simien. — Syndactylie. — Hypospadias. — Tuberculose intestinale et péritonéale. — Mort.

Autopsie: tuberculose du péritoine, des ganglions mésentériques, de l'intestin, des ganglions péribronchiques,

des poumons. — Inégalité de poids des hémisphères cérébraux; Arrêt de développement de diverses circonvolutions de l'hémisphère droit.

Tell... (François), né le 16 décembre 1873, est entré le 21 août 1885 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (24 août 1885). — *Père*, 55 ans, homme de peine, sobre, bien portant, calme, intelligent. [*Père*, cultivateur, mort à 87 ans d'affection cardiaque, sobre. — *Mère*, morte à 80 ans. — *Grands parents*, sobres, pas de détails. — Un *frère* mort à 16 ans d'une fièvre intermittente. — 3 *frères* morts tout jeunes. — Une *sœur* morte à 18 ans subitement. — Une autre *sœur* morte à 70 ans subitement, d'une rupture d'un vaisseau, ou dans une syncope ? — Un *cousin* issu de germain, à la suite d'*accidents cérébraux*, a gardé pendant deux ans des *idées de grandeur*. — Une *cousine*, issue de germain, sœur du précédent, est folle et a été soignée à l'asile de Ville-Evrard. Pas d'autres aliénés, pas d'épileptiques, pas de difformes, de suicides, de criminels, etc., dans la famille.]

Mère, 40 ans, couturière, bien portante, *migraines* depuis l'âge de 22 ans, revenant souvent au moment des règles, et disparaissant durant la grossesse et l'allaitement; femme intelligente, nerveuse, mais n'a jamais eu d'attaques. — [*Père*, 66 ans, sourd, a une cataracte; pas d'accidents nerveux, sobre. — *Mère* morte à 43 ans, phtisique sans doute; elle avait quitté son mari pour vivre avec un individu dont elle a eu deux enfants, sur lesquels on n'a pas de détails. — *Grand père paternel* mort de *tuberculose* pulmonaire à 44 ans; il était sobre. — *Grand'mère maternelle*, morte à 70 ans; rhumatisante. — Une *sœur* est morte d'une péritonite à la suite d'une fausse couche; elle a laissé quatre enfants dont l'un, âgé de 15 ans, est atteint de *chorée*. Tous ces enfants sont intelligents. Pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Pas de consanguinité. *Inégalité d'âge* des parents (15 ans).

5 *enfants* : 1° fille de 22 ans bien portante, intelligente, pas d'accidents nerveux; — 2° garçon, 21 ans, né à 7 mois, a eu des *convulsions* à l'époque de la dentition; première dent à 19 mois; n'a marché qu'à 2 ans; ajourné à la révision pour défaut de taille; — 3° garçon, 14 ans, né aussi à 7 mois, peu intelligent; sujet à des *mouvements spasmodiques* de la

tête et des bras; il fait des grimaces avec le nez qu'il tord, secoue la tête et les membres supérieurs; il est de plus sujet à de violents maux de tête et présente une *déformation de la verge*, qui a l'aspect d'un maillet, avec *malformation du prépuce* et *hypospadias*. (Cet enfant, revu en 1887, n'avait plus de tics depuis quelque temps; il travaillait à faire des courses pour une maison de commerce; — 4° Notre malade; — 5° Enfant né à 6 mois, n'a vécu que 3 jours; il n'a jamais pu avaler aucun liquide. — 6° Fausse couche à deux mois.

Notre malade. Rien de spécial, lors de la *conception*. Pendant la *grossesse*, son père, mécontent de sa femme, devenait méfiant, désagréable, croyant que l'enfant n'était pas de lui. Elle assure qu'il n'y a pas eu d'interposition, et, plus tard, son mari lui a demandé pardon de ses soupçons. Pendant les deux premiers mois, elle était prise chaque soir de tremblement, de contorsions avec fièvre, accidents qui duraient une ou deux heures. Vers le cinquième mois, elle eut, étant au lavoir, une vive frayeur. La machine, disait-on, allait éclater; elle ne pouvait se sauver, comme les autres personnes, parce qu'il lui fallait passer devant la machine elle se tenait cachée dans un coin. Cependant, elle n'eut pas de syncopes, mais elle trembla durant deux heures. Vers le sixième mois, elle ressentit une autre *émotion* vive, à la vue d'un enfant, *dont les doigts de pied avaient été écrasés*. Elle avait cru que c'était l'un de ses enfants, qui était victime de l'accident. Depuis, elle a souvent pensé que *cette frayeur avait eu une influence sur les déformations congénitales des doigts du pied* que présente notre malade. — *Accouchement* à 7 mois. L'enfant *à la naissance* était maigre. Sur le bas-ventre et sur les fesses, qui étaient très-émaciées, existaient *trois sillons*, qui ont subsisté pendant deux ans. — Elevé au sein par sa mère jusqu'à l'âge d'un an : il tétait beaucoup, mais il avait de la *lientérie*. A huit mois, on lui donna, en outre, du lait de vache; son ventre était gros, les digestions se faisaient mal. Sa mère le conduisit à la consultation de l'hôpital Trousseau, où il fut soigné. Il fut sevré à un an (sa mère se trouvant de nouveau enceinte), et envoyé à la campagne, où on le nourrit avec du lait de vache. Sa *première dent* apparut à 8 mois; la dentition s'est faite lentement, les dents poussaient toutes noires, dit la mère. L'enfant a commencé à marcher à 2 ans et demi, et à parler un peu à un an, assez bien à trois ans et demi. Il est devenu propre vers deux ans. A trois ans, quand ses parents

le revirent, il était extrêmement maigre, quoique bien soigné; sa face était jaune, les membres étaient bien développés, mais ses fesses avaient conservé une maigreur extraordinaire; il était sauvage, craintif. A trois ans et demi, l'enfant reçut un *coup de pied de cheval sur le front*. Il est resté pendant *trois jours sans connaissance;* il avait perdu beaucoup de sang. A la suite, il n'a pas eu de paralysie, mais la parole, au lieu de se développer, est devenue plus difficile. Avant ce traumatisme, l'enfant n'avait pas eu de convulsions.

Ses parents le reprirent à 5 ans et demi. Il était toujours très maigre, gardant l'inclinaison de la tête sur l'épaule droite (*torticolis*) qu'il présentait depuis la naissance, inclinaison qui, au début, avait été accompagnée d'un *tremblement nerveux latéral* de la tête. L'enfant parlait moins bien qu'à trois ans et demi, mais il marchait facilement. Sa mère essaya en vain de lui apprendre ses lettres. A sept ans, il fut mis à l'école, où il resta jusqu'à neuf ans et demi. Il n'y apprenait rien et était devenu, coléreux, violent, ainsi qu'en témoigne un certificat du médecin de l'école. Cette irascibilité était due en grande partie aux taquineries de ses condisciples, qui se moquaient de lui, l'appelant : « tête de singe » et le battaient. Quand quelques-uns d'entre eux le défendaient, il leur en était reconnaissant. Il est parvenu à apprendre ses lettres, et à les écrire, mais il faut les lui montrer souvent, sans cela, il les oublie rapidement. Il sait se laver, s'habiller, mange proprement, se servant de la fourchette, même du couteau. De neuf ans et demi, à douze ans, il est resté chez sa mère. Il était affectueux avec ses parents, prévenant, aidait à faire le ménage; il n'entrait en colère que quand on le taquinait ou quand on l'injuriait, l'appelant : « vilain singe. » Pas d'onanisme.

L'enfant est vorace, mange de tout, sans être salace; la mastication se fait régulièrement. Pas de bave, ni de succion, ni de rumination, vomissements fréquents. Depuis longtemps, le *ventre est volumineux*, *douloureux*; fréquemment, l'enfant éprouve des *coliques* avec *diarrhée* (environ une fois tous les mois). Il ne tousse pas, n'a jamais eu d'hémoptysie. Il n'a pas eu de phénomènes scrofuleux du côté des yeux, des oreilles, ou de la peau. — Il n'a pas eu d'autres maladies que la *rougeole* à 6 ans, et la *coqueluche* à 11 ans.

Août. *Poids :* 28 kil. 600. *Taille :* 1 mètre 33.

1886. 4 *juin*. Tell. présente des troubles digestifs avec anorexie, langue sale. Purgatif.

21 *Juin.* Angine catarrhale, adénite sous-maxillaire et sus-hyoïdienne. — Exeat le 25 juin. *Traitement* : Huile de foie de morue, sirop de fer, bains salés.

11 *août.* L'enfant accuse des douleurs dans la fosse iliaque droite qui se continuent jusqu'au 11 septembre. Plusieurs fois la nuit, il se réveille en criant, se plaignant de son ventre. Ces douleurs ont cédé à l'application de cataplasmes laudanisés.

1887. 12 *février.* Engelures nombreuses ulcérées, très-étendues sur la face dorsale de la main gauche. Pansement avec de la vaseline iodoformée.

14 *février.* Tel.. se plaint de *douleurs abdominales* ; la veille, après son repas, il a été pris de *vomissements* ; il n'a pas de diarrhée. Ces phénomènes s'atténuent après l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre, et la prescription d'une potion de Rivière.

9 *mars.* Les *douleurs de ventre* se manifestent de nouveau. Pas de vomissements. Constipation. Le ventre est dur, ballonné, couvert de nombreuses veinosités, qui se continuent sur le thorax. Par la palpation, on sent dans tout le côté droit de l'abdomen, une masse dure résistante. La région du foie est douloureuse, à la pression ; le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Son bord est saillant, et est perceptible en avant de l'estomac, du côté gauche. L'enfant tousse un peu. A l'examen de la poitrine, on trouve de la diminution de la sonorité au sommet droit ; à ce niveau, la respiration est rude avec diminution du murmure vésiculaire. *Traitement* : huile de foie de morue, sirop de fer.

12 *mars.* La diarrhée est revenue ; la veille, l'enfant a eu trois selles liquides très abondantes. Potion de Todd ; laudanum et bismuth.

13 *mars.* La diarrhée a cessé, soif continuelle. Refroidissement. Thé au rhum.

14 *mars.* La diarrhée recommence depuis hier. Jusqu'à ce jour, la température a été normale ; elle a oscillé entre 37° et 37°, 6. — *Soir* : T. R. 38°, 2.

17 *mars.* Epistaxis peu abondante cette nuit et ce matin. T. R. 38°, 8. Le ventre est ballonné : gargouillement et douleur intense à la pression, dans la fosse iliaque droite. La diarrhée a cessé. *Traitement*: purgatif, lait, bouillon. — *Soir* : T. R. 39°, 4.

18 *mars.* 39°. L'abattement augmente, ainsi que l'amaigrissement. Toux. — Mêmes phénomènes du côté de l'abdomen.

L'examen de la poitrine ne dénote encore que de la diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets. — *Soir* : 38°, 8.

19 *mars*. T. R. 38°, 5. Légère amélioration, un peu d'appétit. *Soir*: 38°, 2.

20 *mars*. T. R. 38°. — *Soir* : 38° 4.

21 *mars*. T. R. 38°. Abattement et amaigrissement progressifs. L'enfant répond à peine aux questions. A l'auscultation, respiration soufflante, rude dans toute la poitrine. Ventre ballonné, distendu, foie toujours volumineux. — *Soir* : 38°, 5.

22 *mars*, T. R. 38°. Frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain. Cataplasmes sur le ventre. Potion de Todd et extrait de quinquina. Poudre de viande. — *Soir* : 38°, 5.

23 *mars*. T. R. 38°. — *Soir* : 39°, 2. Prostration très grande. Météorisme considérable, avec douleur intense à la pression.

24 *mars*. T. R. 38°, 8. — *Soir* : 38°, 8.

25 *mars*. T. R. 38°, 2. — *Soir* : 38°, 2; même état.

26 *mars*. T. R. 38°, 4. — *Soir* : 38°, 6.

27 *mars*. T. R. 38°, 4. — *Soir* : 38°, 8.

28 *mars*. T. R. 38°, 4. — *Soir* : 38°, 2.

29 *mars*. T. R. 38°. *Soir* : 38°. L'estomac, très dilaté, dépasse l'ombilic en bas et à gauche, de deux travers de doigt. Foie volumineux. A la surface de l'abdomen, les veinosités sont de plus en plus apparentes. Météorisme. Traitement : poudre de charbon, magnésie et bismuth par paquets; le reste *ut suprà*.

30 *mars*. T. R. 37°. L'enfant est très pâle, froid. Le ventre est moins douloureux; douleur dans le dos, pas de toux. Potion avec éther 1 gr. et rhum 30 gr. — *Soir* : 36°, 6.

31 *mars*. T. R. 37°, 8. — *Soir* : 37°, 2. Diarrhée, selles grises, fétides.

État actuel (13 avril 1887). *Face* très pâle, très maigre, surtout depuis un mois. L'enfant est à l'infirmerie pour une *tuberculose intestinale*. Saillie des maxillaires inférieurs, de l'os malaire, des voûtes orbitaires; en un mot, facies squelettique, aspect simien. Le front est assez large, peu élevé, les cheveux n'étant éloignés, au niveau de leur racine, que de trois travers de doigt de la racine du nez; sur les tempes, les cheveux sont très rapprochés de l'extrémité des sourcils. Ceux-ci sont clair-semés, rudes, châtains, ainsi que les cheveux et les cils. L'arcade sourcilière est saillante; les paupières sont assez largement tendues, les yeux sont gris, les pupilles inégales, la gauche est plus dilatée que la droite.— *Nez* aplati à sa partie inférieure; os propres volumineux et saillants. — *Bouche* moyenne; lèvres

peu volumineuses ; léger prognathisme. — Menton et pommettes saillants. Pas d'asymétrie faciale. — *Oreilles* larges, étalées, demi-circulaires, *très écartées* du crâne en arrière. L'ourlet est adhérent à la partie supérieure ; il existe un tubercule sur le bord de la conque ; le lobule est à peine dessiné.

Dentition. Les incisives supérieures sont crénelées et présentent des sillons. Les canines supérieures ont chacune un cuspis très pointu avec sillon à la base. Des incisives inférieures, les deux médianes sont absentes, les deux latérales sont obliques, se rapprochant en haut au niveau de leur bord libre. gingivite. Aplatissement de la voûte du palais. La luette est étroite, filiforme, longue. Piliers normaux.

Les cheveux sont châtains; rudes, clair-semés. Le *crâne* offre un aplatissement de la région pariétale et de la région occipitale tandis que les fosses temporales sont creuses.

Crrconférence horizontale (fronto-occipitale)	51 c 5.
Diamètre antéro-postérieur	17 c 5.
Diamètre bi-pariétal	14 c 5.
Distance de la racine du nez à la protubérance occipitale..	30 c. 5.
Distance entre les deux conduits auditifs externes.	32 c. 5.

Cou long, amaigri.— *Thorax* aplati à sa face antérieure ; sternum et côtes saillants. Chapelet costal très marqué. A la surface du thorax, on remarque une abondante éruption purpurine, formée de nombreux éléments très fins. On y aperçoit, en outre, de nombreuses veines dilatées serpentant sous la peau, et se continuant avec celles qui recouvrent l'abdomen. Ce dernier est tendu par le météorisme. La région sacrée est mal conformée : le sacrum forme une saillie très prononcée, irrégulière à sa partie moyenne.

Les membres ont un aspect squelettique. A leur partie moyenne, les *bras* ont une circonférence de 13 cent. L'atrophie n'est pas plus prononcée d'un côté que de l'autre; saillie rachitique des épiphyses. Les *mains* sont *palmées* ; la *syndactylie* est complète sur une hauteur d'un centimètre. De même aux pieds, *syndactylie* légère entre le troisième et le quatrième orteilde chaque pied et le premier et le deuxième orteil; plus prononcée entre le second et le troisième orteil, s'étendant à gauche jusqu'à l'extrémité antérieure de la première phalange, et à droite jusqu'à la partie moyenne de

la seconde. — La *verge* est recourbée en forme de maillet, offrant une coudure brusque au niveau de la couronne du gland àangle de 90°, ouvert enarrière lorsqu'elle est pendante *(Hypospadias)*. Longueur de la verge : 6 centimètres ; circonférence : 5 centimètres 5. Les *testicules* ont le volume d'une olive. Les bourses sont rétractées ; elles sont glabres ainsi que le pénil.

Réflexes normaux. — *Dynamomètre* (Mathieu petit) : 10 à droite, 18 à gauche. — *Taille :* 1m,34. *Poids :* 25 k.

L'enfant est très faible, surtout depuis un mois. Il répond lentement et faiblement aux questions qu'on lui adresse. Il comprend très bien ce qu'on lui dit. Avant d'entrer à l'infirmerie, il s'isolait dans un coin, sans parler aux autres enfants, ne jouant pas. Très-frileux l'hiver, il est comme une «marmotte» nous disent les infirmiers, il se pelotonne, et vient fréquemment à l'infirmerie parce qu'il a très froid. L'enfant est toujours resté à l'école dans la quatrième division. A son arrivée en septembre 1885, il connaissait à peine ses lettres, et commençait à les écrire, ainsi que les chiffres. A la fin de 1886, il lisait presque couramment, et arrivait à écrire une phrase ; l'écriture était très irrégulière. Il était arrivé à faire de petites additions orales. La mémoire est faible. L'enfant est docile, mais un peu irascible ; quand ses camarades le taquinent, il devient méchant, et si dans ses colères il ne peut se venger, en raison de sa faiblesse physique, il pleure de rage. Il est assez propre dans sa tenue et lorsqu'il mange. Il possède la plupart des connaissances usuelles ; on n'a pu lui apprendre de métier, en raison de sa faiblesse et de son état maladif.

Il a toujours eu, nous a dit sa mère, cette maigreur et ce visage exprimant la souffrance que nous lui avons remarqué. De même, dès son entrée, son ventre était ballonné. Néanmoins, il ne se plaignait pas, ne venait à l'infirmerie de temps en temps que parce qu'il avait froid.

1er *mai.* T. R. 38°. — *Soir :* 38°. 4. Décoction blanche de Sydenham.

5 *Avril.* La température était revenue à la normale les 2, 3, 4 avril. T. R. 38°. — *Soir* : 38°. 4. Un peu d'amélioration ; les digestions se font mieux. Facies rosé.

8 *avril.* T. R. 36°. 8. — *Soir* : 37°. Rougeur à la région sacrée, et au niveau du trochanter droit semblant un début d'escharre. L'amaigrissement s'accentue de plus en plus ; pas de diarrhée, mais plutôt de la constipation.

23 *avril.* T. R. 36°, 6. — *Soir :* 37°. Débacle intestinale. Diarrhée très abondante depuis deux jours. Appétit variable; tantôt l'enfant mange uu peu de viande grillée, tantôt il refuse toute nourriture. Depuis quinze jours, on lui donnait de la poudre de viande; depuis trois jours, il la refuse. Son ventre est moins douloureux depuis environ dix jours. L'enfant était très propre et demandait toujours le bassin, mais depuis deux jours, en raison de l'abondance de la diarrhée, il lui arrive de laisser aller sous lui, ce qui l'ennuie. Le foie déborde légèrement les fausses côtes, et remonte en haut au-delà de la cinquième côte. Le ventre est un peu tendu, mais moins ballonné qu'il y a quelques jours. Submatité au-dessous des fausses côtes droites, descendant presque jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. Sonorité très prononcée au-dessous des fausses côtes, dans le flanc gauche. Submatité entre le flanc et la fosse iliaque gauche. Sonorité très marquée dans la fosse iliaque gauche. Matité depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au nombril ayant une forme losangique aboutissant à la partie moyenne des fausses côtes. Au-dessous de l'ombilic, sonorité. La percussion est peu douloureuse. A la palpation, on sent dans la fosse iliaque droite une masse, une sorte de corde. Le palper de la région épigastrique est douloureux.

Erythème de la région sacrée, érosion de la peau au niveau des deux trochanters. Purpura disséminé sur les membres inférieurs et sur le thorax; ce purpura a débuté il y a deux jours. Peau sèche, *ichthiosique*. Tous ces symptômes et ballonnement du ventre, avec diarrhée, dilitation veineuse à la surface de l'abdomen, masse dans la fosse iliaque droite et consécutivement purpura, font admettre le diagnostic d'entérite et typhlite tuberculeuses avec phénomènes de péritonite de même nature. *Traitement*: bains d'amidon tous les deux jours, frictions mercurielles sur l'abdomen, cataplasmes; eau albumineuse, etc.

14 *avril.* T. R. 36°, 2. — *Soir*: 36°, 6.

15 *avril.* T. R. 36°, 2. — *Soir*: 36°. 6.

16 *avril.* T. R. 36°, 2. — *Soir*: 36°, 4.

A la surface de l'abdomen, plaque de purpura de l'étendue de la paume de la main. Purpura des membres inférieurs et à la surface du thorax. *Traitement* : Todd, quinquina, etc.

17 *avril*, T. R. matin et soir : 36°, 2. Amaigrissement extrême, dégoût de tout aliment, depuis une dizaine de jours surtout : de temps en temps, on peut faire manger à l'enfant un peu d'œufs au lait.

28 *avril*. T. R. 36°. — *Soir*: 36°, 8.

20 *avril*. T. R. 37°. — *Soir*: 37°, 2. Quelques traînées de muguet sur la langue.

21 *avril*. T. R. 37°, 2. — *Soir*: 37°, 4. La température oscille entre 37° et 37°, 4 jusqu'au 25 avril.

25 *avril*. T. R. 36°, 4. — *Soir*: 36°, 8. L'enfant veut sans cesse se lever. Appétit capricieux. Abattement moins grand. La température reste entre 37° et 37°, 4 jusqu'au 2 mai.

2 *mai*. T. R. 36°, 8. — *Soir*: 37°, 2.

3 *mai*. Légère amélioration, l'enfant est moins pâle, ne tousse pas, la transpiration est très abondante. Constipation. Emaciation toujours très-grande. Ventre très ballonné; les veines à sa surface sont moins dilatées. Encore quelques taches purpuriques sur l'abdomen et les cuisses.

6 *mai*. T. R. matin et soir: 37°. Depuis hier, il existe une plaque rouge luisante, chaude, au niveau de l'*articulation métacarpo-phalangienne* du *second doigt* de la main droite. Au-dessus: *lymphangite* s'étendant jusqu'au poignet; douleurs dans les mouvements communiqués à l'articulation L'inflammation semble toutefois être superficielle. Cataplasmes phéniqués.

7 *mai*. T. R. 36°, 8. — *Soir*: 37°.

8 *mai*. T. R. 37°. — *Soir*: 37°, 2.

10 *mai*. T. R. 36°, 6. — *Soir*: 37°. Ouverture de l'abcès, suppuration peu abondante. Pansement phéniqué.

12 *mai*. Au moment de la visite, l'enfant est somnolent, ne fait aucun mouvement; plaques rouges sur la face, surtout au front. La voix est faible, incompréhensible. T. R. 36°, 8. A deux heures un quart, il reconnait sa mère qui vient le voir. A trois heures et demie, il devient pâle, perd connaissance. Les yeux sont fermés; de temps en temps, il les ouvre; on voit alors son regard fixe. T. R. à 6 h.: 36°,6. A huit heures et demie, aucun mouvement. Les yeux sont toujours fermés. L'enfant râle. A 8 h. 3/4, *Mort*. — T. R. un quart d'heure après la mort: 36°, 4.— une heure après: 34°, 8; — deux heures après: 34°, 8. L'amaigrissement profond de l'enfant est noté par les variations de son *poids*. A son entrée, il pesait 32 kilog 300. Au mois de juillet 1886: 28 kilog 900. A la fin de novembre 1886, 29 kilog. 500. Enfin après la mort, il ne pesait plus que 21 kilog. La *taille* ne s'était accrue que de 2 cent. en l'espace de deux ans (janvier 1887 1m,34).

AUTOPSIE *faite 36 heures après la mort*. *Ecchymoses purpuriques* en plaques au niveau des malléoles, surtout à droite, sur

les deux cous-de-pied, sur la face antérieure de la cuisse gauche, sur la partie antérieure de l'abdomen, sur la face antérieure de la région thoracique. Coloration verdâtre de tout l'abdomen plus prononcée à gauche, et remontant de ce côté jusqu'à la sixième côte. L'abdomen est légèrement excavé en bateau. — Escharres au niveau des deux trochanters, escharres fessières, médiane et latérales. La rigidité cadavérique a complètement disparu. L'*abcès* situé au niveau de l'*articulation métacarpo-phalangienne* n'atteint pas cette articulation. Il est situé autour de la gaine de l'extenseur qui est enflammée.

L'abcès dont les parois sont grises et épaissies et qui a environ trois centimètres de diamètre, contient un peu de pus crémeux.

Absence presque complète de tissu cellulaire sous-cutané, la peau est sèche, dure, collée pour ainsi-dire aux muscles très-peu développés et très-pâles. La vessie est pleine, le foie atteint juste le rebord des côtes, son lobe droit est adhérent à la paroi. Le diaphragme, qui se moule sur lui, remonte à gauche jusqu'au bord inférieur de la 4e côte, et à droite, jusqu'au bord inférieur de la cinquième. La vésicule biliaire est dilatée, remplie de bile et déborde de deux centimètres environ le rebord du foie. Le foie pèse 1090 gr. La vésicule biliaire ne contient pas de calculs. La superficie du foie, surtout à la face supérieure, est couverte d'adhérences péritonéales d'un blanc grisâtre, qui font adhérer le foie au diaphragme. A la coupe, il présente un aspect graisseux, jaunâtre ; on voit çà et là de *petits tubercules* blancs, de la grosseur d'une tête d'épingle, surtout au voisinage de la capsule. Le grand épiploon est remonté ; à sa surface, ainsi que sur le *péritoine intestinal*, nombreux *tubercules caséifiés*. Les *ganglions mésentériques* sont *hypertrophiés, caséeux*, formant des grappes énormes demi-molles. C'est surtout au niveau des ganglions répondant à l'iléon, que cette hypertrophie est la plus marquée. Les ganglions épiploïques, ainsi que les ganglions situés au niveau de la petite courbure de l'estomac, et du foie sont volumineux.

Un peu de liquide citrin dans la cavité abdominale. Le *cæcum* et la partie inférieure du *colon ascendant* sont maintenus dans la fosse iliaque droite par le tissu conjonctif environnant et le péritoine qui font corps avec eux. A ce niveau, *péritonite tuberculeuse*, fausses membranes. On ne peut retrouver dans cette masse, l'appendice cœcal. A la coupe, on voit que toutes les tuniques du cœcum sont envahies par le processus

tuberculeux. La surface interne forme une sorte de caverne à parois irrégulières, grisâtres, enduites d'un pus crêmeux. La lésion va en s'atténuant de bas en haut sur le quart inférieur du colon ascendant. Au-delà, il est normal. La *valvule de Bauhin* est complètement envahie par une *ulcération tuberculeuse*. Sur l'*iléon*, on trouve cinq ulcérations en anneau, présentant un aspect granuleux, irrégulier, avec des points grisâtres. Ces anneaux ont environ un centimètre de large. A leur niveau, à la face externe de l'intestin, on voit des traînées de lymphangite tuberculeuse, et de petits tubercules isolés. — L'*estomac* et le *duodénum* ne présentent rien de particulier. — *Rate* légèrement hypertrophiée, dure, ainsi que les ganglions périspléniques (100 gr). — *Rein* gauche (700 gr.), légèrement hyperhémié; la décortication se fait avec quelques difficultés; pas de tubercules. — *Rein droit* (80 gr.), même état, L'uretère de ce côté est dilaté légèrement. A la surface de ce rein plaques laiteuses.

Thorax. La cavité pleurale de chaque côté contient environ un verre et demi clair citrin. Aucune adhérence. Les *ganglions prévertébraux* et *péribronchïques* sont hypertrophiés, caséeux. *Poumon gauche* (240 gr.). Plèvre lisse, non dépolie. Au niveau du lobe supérieur, on trouve une *petite caverne* isolée pouvant contenir un noyau de cerise, entourée de parties ramollies, et quelques granulations grises. Légère congestion de tout le poumon gauche. *Poumon droit* (265 gr.). Même aspect de la plèvre. Légère congestion du lobe inférieur; noyau caséeux dans le lobe moyen, de la grosseur d'une cerise, et un autre moins gros au sommet. — *Péricarde :* il contient un peu de liquide citrin clair. *Cœur* en systole. *Oreillette droite*: elle contient du sang noir et des caillots fibrineux; valvules, myocarde rien de particulier. Au niveau de l'espace sous-aortique; on trouve une petite plaque d'athérome. Trou de Botal oblitéré. Poids du cœur: 100 grammes. — *Larynx, œsophage, trachée,* entourés de ganglions volumineux, caséeux pour la plupart. — *Corps thyroïde*, petit.

Tête. La *calotte crânienne* est mince; le diploé est peu développé. Toutes les sutures persistent, sauf la suture inter-frontale qui est ossifiée, mais dont on voit encore la trace à la partie supérieure. Au niveau de la fontanelle antérieure, se trouve sur la table interne une petite fossette transparente de la longueur de la pulpe de l'in-

dex. Au niveau de la base du crâne, les fosses moyennes et cérébelleuses, paraissent un peu moins développées à droite qu'à gauche. — *Dure-mère* normale, non hyperhémiée. — *Liquide cephalo-rachidien* abondant.

Encéphale. La *pie-mère* de la base est très pâle. Les *artères*, les *nerfs* de la base, les *pédoncules* sont symétriques Pas de grannulations tuberculeuses.— L'*encéphale* pèse 1140 grammes.

Hémisphère droit	460 gr.
Hémisphère gauche	485 gr.
Cervelet et isthme	125 gr.

Hémisphère gauche. La pie-mère s'enlève très-facilement. La *scissure de Sylvius* est normale. Ses rameaux antérieurs, ascendant et horizontal sont très profonds. — Le sillon de Rolando est profond, sinueux. La scissure perpendiculaire externe est également très profonde, séparée de la scissure inter-pariétale par un pli de passage se rendant du lobule pariétal supérieur à la première circonvolution occipitale. De la scissure inter-occipitale, part dans le prolongement de la scissure perpendiculaire externe, un sillon profond, se terminant à 7 millimètres environ du tiers de la scissure parallèle. — *Lobule orbitaire*: circonvolutions bien dévoloppées. Il existe un sillon marginal, sur lequel se coude l'extrémité antèrieure de la première frontale. — *Lobe frontal.* Il existe deux scissures parrallèles, supérieure et inférieure entre-croisées au niveau de la deuxième frontale inférieure, sinueuse, profonde, interrompue par un petit pli de passage, presque à niveau, allant de la deuxième à la troisième frontale.—La scissure frontale supérieure, est très sinueuse, profonde, également interrompue par un petit pli de passage allant de la deuxième à la première frontale. La première circonvolution est assez bien développée, présente des traces d'un dédoublement incomplet sur tout son parcours. La deuxième circonvolution frontale est sinueuse, et assez bien développée. La 3me circonvolution frontale, sinueuse, est maigre et surtout au niveau du pied. La circonvolution frontale ascendante, assez maigre à sa partie inférieure, présente à sa partie moyenne deux sillons transversaux, isolant une partie médiane, qui forme comme l'extrémité postérieure de la circonvolution frontale. La circonvolution pariétale ascendante, relativement peu développée, présente une petite incisure vers sa partie médiane. — Le *lobule pariétal supérieur* est

moyennement développé, surtout dans sa partie postérieure ; son extrémité antérieure offre un petit sillon parallèle, isolé de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau allant à la pariétale ascendante. La *scissure interpariétale,* sinueuse, profonde, est bifurquée à son origine; sa partie postérieure est interrompue par un pli de passage transversal, à niveau, se rendant du lobule pariétal supérieur au pli courbe. — Le *lobule pariétal inférieur,* assez volumineux dans sa partie antérieure, l'est moins dans sa partie postérieure. Le *pli courbe,* assez gros, a la forme d'un cœur de carte à jouer à pointe inférieure.

Lobe occipital. Il existe une circonvolution de passage se rendant du lobule pariétal supérieur à la première occipitale, et un autre entre le pli courbe et la seconde occipitale. Les circonvolutions et scissures du lobe occipital ne présentent rien de particulier.

Lobe temporal. La *première temporale* est moyennement développée, sinueuse. Il existe quatre plis de passage transversaux temporo-pariétaux. La *scissure parallèle,* normale, très profonde, tortueuse, est dédoublée à sa partie postérieure, et ses deux branches de dédoublement semblent circonscrire le pli courbe. La *deuxième circonvolution temporale* est bien développée ; il y a un pli de passage entre la première et la seconde temporale, qui est découpée dans sa moitié postérieure par deux sillons transversaux allant de la première à la seconde scissure temporale ; celle-ci est interrompue par des plis de passage se rendant de la troisième temporale à la seconde. — La troisième temporale n'existe pour ainsi dire qu'à la partie antérieure où elle est bien développée.

Face interne. La première *scissure temporo-occipitale* se confond à sa partie antérieure avec la seconde ; elle est dirigée obliquement, interrompue vers sa partie moyenne par un pli de passage allant de la première temporo-occipitale à la troisième temporale. En avant de ce pli de passage, se trouve une portion en retrait de cinq millimètres environ. La partie antérieure de la première circonvolution est maigre, la postérieure volumineuse. La deuxième *scissure temporo-occipitale* est profonde. La seconde circonvolution temporo-occipitale est grêle en arrière, bien développée en avant. La *scissure calloso-marginale* est interrompue vers son milieu par un pli de passage allant de la première à la deuxième

frontales. La *scissure fronto-pariétale* interne est très creuse et se continue sur la face convexe dans une longueur d'un centimètre environ. En cet endroit, les deux lèvres sont légèrement écartées. L'*incisure préovalaire* n'est qu'indiquée par une encoche supérieure, en continuité avec la scissure parallèle frontale. La *première frontale interne* bien développée, coupée par de nombreux sillons, envoie un pli de passage de niveau, au *lobule paracentral*, de volume moyen et qui présente à son centre l'Y ordinaire, dont la branche verticale est très large. Le *lobule quadrilatère* est gros et présente un pli de passage pariéto-limbique antérieur et postérieur. La *scissure sous-pariétale* est irrégulière, et découpe fortement tout le lobule. La *scissure perpendiculaire* interne est très profonde, et va se jeter dans la *scissure calcarine*, laquelle est également profonde, et va se terminer au niveau du bourrelet du corps calleux, en coupant l'isthme anté-calcarinien. Le *coin*, assez bien développé dans la partie qui touche à la scissure interhémisphérique, est très-étroit dans ses deux tiers antérieurs.

Corps calleux, couche optique, corps strié, corne d'Ammon, ventricules latéraux, rien de particulier. Les digitations de l'*insula* sont au nombre de quatre. Pas de lésions en foyer.

Hémisphère droit. La *scissure de Sylvius* creuse, bifurquée à son extrémité postérieure, laisse à découvert à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs une partie de l'insula. Le rameau ascendant est très prononcé. — Le *sillon de Rolando,* est très profond, sinueux. La *scissure perpendiculaire* externe est représentée par une vaste encoche. — Le *lobule orbitaire* présente des sillons et des circonvolutions bien développées, mais toute la partie comprise entre la branche interne de l'incisure en H et le rebord fronto-marginal est fortement en retrait sur la partie située au-delà de la branche interne de l'incisure.

Lobe frontal. Il existe une *scissure parallèle* complète, qui est profonde et un peu sinueuse. — La *scissure frontale inférieure* est interrompue par deux plis de passage allant de la troisième à la seconde frontale. La *scissure frontale supérieure* est très-tortueuse, irrégulière, profonde, interrompue à sa partie antérieure par un pli de passage entre les deux premières frontales. La *première frontale* s'insère par un pli de passage sur la frontale ascendante ; elle est comme dédoublée sur pres-

que tout son parcours. — La *deuxième frontale,* maigre et peu dédoublée dans sa portion antérieure, est comme dédoublée dans son tiers antérieur. — La *troisième frontale* présente une partie operculaire très-maigre et est atrophiée dans sa partie moyenne. — La *frontale ascendante* est maigre dans ses deux tiers inférieurs, assez bien développée dans sa partie supérieure. — La *pariétale ascendante* est peu développée sur tout son parcours. Le *lobule pariétal supérieur* est moyennement développé, mais à sa partie la plus postérieure, le pli de passage se rendant à la première occipitale est fortement en retrait, et comme atrophié. — La *scissure interpariétale* forme, en arrière de la pariétale ascendante, une scissure parrallèle ininterrompue, très-profonde et un peu sinueuse. Vers sa partie moyenne, la scissure interpariétale est interrompue par un petit pli de passage transversal allant au lobule pariétal inférieur, puis elle continue son chemin jusqu'au sillon occipital transverse. Le *lobule pariétal inférieur* est sinueux, peu développé. — Le *pli courbe*, irrégulier, est également assez grêle. — Les circonvolutions et les scissures du lobe occipital ne présentent aucune anomalie.

Lobe temporal. La *première circonvolution temporale,* assez petite dans ses deux tiers antérieurs, est bien développée dans son tiers postérieur. On y trouve quatre circonvolutions de passage temporo-pariétales. — La *scissure parrallèle*, creuse, sinueuse, se subdivise en plusieurs sillons irréguliers communiquant avec les sillons voisins. — La *deuxième circonvolution temporale* est grosse, contournée, découpée par de nombreux sillons ; sa partie moyenne se trouve isolée par deux scissures profondes et obliques, faisant communiquer les deux scissures temporales, et remplaçant en partie la deuxième scissure temporale. Cette région est très irrégulière et subdivisée par de nombreux plis de passage. — Les circonvolutions temporo-occipitales sont bien développées, régulières ; les scissures ne sont le siège d'aucune anomalie.

Face interne. La *scissure calloso-marginale* est profonde, sinueuse, ininterrompue. Il existe une scissure préovalaire, communiquant directement avec la scissure calloso-marginale. — La *première circonvolution frontale* est bien développée ainsi que le *lobule paracentral,* qui offre à son centre une scissure profonde, transversale, allant de la scissure interhémisphérique à la scissure calloso-marginale. La *deuxième cir-*

convolution frontale interne est également bien dévloppée. Le *lobule paracentral*, sur son bord supérieur et surtout à sa partie antérieure est en retrait sur les parties environnantes. — Le *lobule quadrilatère* est bien développé ; il présente deux plis de passage pariéto-limbiques antérieur et postérieur, et une scissure sous-pariétale normale. — La *scissure perpendiculaire* interne, est profonde, formant encoche et a deux lèvres écartées à sa partie supérieure. — La *scissure calcarine* est profonde. — Le *coin*, bien développé dans sa moitié supérieure, est très étroit, même en retrait, comme atrophié à sa partie inférieure.

Les digitations de l'*insula* sont au nombre de quatre. Les *masses centrales*, le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon*, etc. sont normaux.

Cervelet. Les hémisphères cérébelleux sont égaux. — La pie-mère cérébelleuse s'enlève assez facilement, sauf sur certains points où on entraine un peu de substance grise. Rien d'anormal. — *Protubérance* et *bulbe*, sains.

RÉFLEXIONS. — I. Nous avons à noter en premier lieu des *accidents nerveux* des deux côtés, maternel et surtout paternel (aliénés, migraineux, choréiques), et des *accidents tuberculeux* du côté maternel.

II. Signalons en passant l'inégalité d'âge de 15 ans du père et de la mère du malade, inégalité invoquée par quelques auteurs pour rendre compte de la production d'enfants dégénérés.

III. L'existence d'un *hypospadias*, de mouvements spasmodiques, de *tics*, d'arriération intellectuelle chez un frère, et chez le malade lui-même d'un *torticolis* congénital avec *tremblement de la tête*, d'une *syndactylie* partielle des mains et des pieds, enfin d'un *hypospadias*. De telles malformations ne sont pas rares chez les idiots ; nous en possédons de nombreux exemples et quelques-uns d'entre eux ont été publiés dans nos précédents *comptes-rendus* (1).

(1) Voir entre autres ceux de 1884, p. 127 et de 1889, p. 196, etc.

IV. Pour expliquer la production de ces malformations, et aussi dans une certaine mesure, l'idiotie, faut-il invoquer les *impressions maternelles,* à l'instar des parents eux-mêmes? Peut-être. En effet, durant sa grossesse la mère de l'enfant éprouva deux émotions très vives, avec troubles persistants qui peuvent avoir eu une répercussion sérieuse sur le fœtus.

V. L'*imbécillité,* qui était très prononcée, parait d'origine congénitale et avoir été aggravée par le *traumatisme* céphalique survenu à 3 ans et demi. T... a été envoyé sans succès à l'école et loin de s'améliorer, sa situation paraît s'être empirée : sous l'influence des moqueries, des taquineries, des coups de ses camades qui l'appelaient « tête de singe », « vilain singe », de doux qu'il était il est devenu irascible. Nouveau fait à l'appui de l'isolement de cette catégorie d'enfants dans des services spéciaux quand leur intelligence est très affaiblie, soit dans des écoles ou des classes spéciales s'il ne s'agit que d'une simple arriération intellectuelle.

VI. La *tuberculose intestinale* a eu une marche très lente. Elle existait déjà fort probablement avant l'entrée du malade dans notre service. Ses progrès lents mais constants ont été notés assez régulièrement. La température, qui a été prise durant la plus grande partie de son évolution, ne s'est élevée qu'exceptionellement et d'une façon passagère au-dessus de 39° ; le plus souvent elle ne dépassait guère le chiffre normal ; à maintes reprises on l'a même trouvée au-dessous de ce chiffre ce qui rend compte de la sensation de froid donc se plaignait fréquemment l'enfant. Seul des viscères abdominaux, le foie était atteint de tuberculose ; les poumons ne présentaient que des lésions très circonscrites.

II.

Idiotie et épilepsie symptomatiques;

(Atrophie et Sclérose.)

PAR **BOURNEVILLE et MORAX**.

SOMMAIRE. — *Grand-père paternel, excès de boissons. — Grand'mère paternelle aliénée. — Tante paternelle originale; idées de persécution durant ses grossesses. — Mère migraineuse. — Grand'mère maternelle hystérique. — Cousin choréique. — Sœurs, convulsions de l'enfance. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an. — Syncopes durant la grossesse. — Crises nerveuses hystériques pendant l'accouchement. — A partir de la 2e semaine, cris constants. — Convulsions à 6 mois avec les premières dents. — Jusqu'à 2 ans convulsions toutes les 6 semaines. — Parole à 2 ans. — Marche à 3 ans. — Gâtisme. — De 2 à 4 ans 4 à 5 convulsions par an. — Accès convulsifs à début unilatéral à partir de 4 ans. — Parésie du membre supérieur droit. — Salacité. — Onanisme précoce mais passager. — Succion du pouce. — Balancement antéro-postérieur. — Rumination. — Ascarides. — Émaciation. — Mort par cachexie. — Autopsie : Atrophie partielle et sclérose des circonvolutions ; — pas de lésions viscérales.*

Rén..., né le 19 février 1878 à Paris, est entré le 10 novembre 1883 à l'hospice de Bicêtre. (Service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère). Père 39 ans, ciseleur sur bronze, toujours bien portant, n'a jamais eu d'affections nerveuses, vénériennes ou arthritiques; pas de troubles mentaux. *Caractère* un peu emporté ; pas d'alcoolisme; petit fumeur. [*Père* corroyeur, mort accidentellement, excès de boissons. *Mère* aliénée, internée à l'asile de Vaucluse. Le certificat du Dr Garnier nous apprend qu'elle était atteinte

«de délire chronique, avec idées de persécution, conceptions ambitieuses actuellement prédominantes : elle est seigneur de plusieurs villages ; elle va se marier avec le comte de Saint-Germain ; son mari n'était que son protecteur, etc. » *Grands parents maternels* morts âgés, on ne sait de quoi. — Une *sœur*, de santé délicate, a eu 12 grossesses et a été sujette pendant le cours de celles-ci à des idées bizarres ; elle a 5 enfants vivants, intelligents et bien portants.

Mère, 38 ans, polisseuse, de petite taille, sèche, d'une intelligence moyenne, sobre, a une bronchite chronique. A partir de l'âge de 17 ans, elle a été sujette à des *migraines* qui apparaissaient aux époques cataméniales ; pas de troubles nerveux ou mentaux ni d'affections vénériennes. [*Père* a abandonné sa femme, pas de renseignements sur lui. — *Mère* morte à 51 ans d'une gastrite ; elle avait des *attaques de nerfs* qui survenaient presque tous les mois ; elles étaient provoquées habituellement par une contrariété : elle s'agitait pendant les 3 ou 4 heures que durait l'attaque et à la suite fondait en larmes (*attaques hystériques*). — *Grands parents maternels* morts âgés, on ne sait de quoi. Un *frère* mort à 39 ans de tuberculose pulmonaire avec une hypertrophie du cœur. Une *cousine germaine* a eu la *chorée* de Sydenham.]

Pas de *consanguinité*.

5 *enfants* : 1° Une fille de 9 ans 1/2, scrofuleuse, aurait eu quelques *convulsions légères* durant une rougeole ; — 2° une fille de 8 ans, bien portante, intelligente ; — ; 3° notre malade ; — 4° une fille de 4 ans 1/2, qui a eu des *convulsions internes* dès ses premiers jours et, à 4 ans, des *convulsions* généralisées ; l'intelligence serait normale ; — 5° Une fille d'un an ; bien portante.

Notre malade. La *conception* n'a pas eu lieu dans l'ivresse. Pendant la *grossesse* la mère a eu des ennuis dus à la maladie de sa fille aînée ; elle était faible, souffrante, etc. Pas de traumatisme, de chute, d'alcoolisme. L'*accouchement* s'est fait à terme. Elle a eu 6 *attaques de nerfs* pendant le travail ; ces attaques n'avaient pas été précédées d'œdème, de céphalées et on ne lui a pas dit que ce fut de l'éclampsie. L'accouchement a duré 14 heures mais on n'a eu recours ni au forceps ni au chloroforme.

A la *naissance*, l'enfant était gros, bien constitué, sans asphyxie. — Il fut élevé au sein par sa mère pendant deux mois, puis comme il dépérissait, pendant le cours du 2e mois, et

qu'*il poussait continuellement des cris* on le plaça à la campagne où on lui donna du lait de vache au biberon. Les *premières convulsions* survinrent à 6 mois au moment de l'éruption des premières dents; depuis lors, et jusqu'à la deuxième année, R... eut des *convulsions* toutes les 6 semaines environ. Ces convulsions duraient de 1 à 5 minutes. Lorsque les molaires ont percé, il a eu des *convulsions* tous les jours pendant 6 semaines. Sa santé et son développement physique paraissaient normaux, cependant, après chaque convulsion, il était souffrant et dépérissait durant un temps variable.

A part la rougeole à 2 ans et au début de laquelle il n'a pas eu de convulsions, il n'a jamais fait de maladies définies. Il a eu à différentes reprises des poussées d'inpétigo accompagnées de conjonctivite phlycténulaire.

A 2 ans on s'aperçut déjà que son développement intellectuel était retardé et corespondait seulement à celui d'un enfant d'un an. C'est à cette époque seulement qu'il commença à *parler*. Quant à la *marche*, elle n'a débuté qu'à 3 ans. Il n'était pas propre, pourtant il restait quelques jours sans gâter.

De 2 à 4 ans les *convulsions* se répétèrent à intervalles irréguliers. Elles survenaient par séries, se renouvelant 4 ou 5 fois par jour. Les pieds et les mains se retournaient, nous dit la mère. Elles n'étaient suivies ni de stertor ni de stupeur.

A 4 ans, sans cause apparente, les accès convulsifs se modifièrent. — L'enfant poussait parfois, au début, un cri étouffé; les membres tombaient en résolution, puis devenaient bientôt le siège d'une raideur très marquée à laquelle succédaient de petites secousses cloniques. Les yeux étaient convulsés en haut. La face cyanosée au début devient pâle dans la suite. Les parents ont remarqué que les *phénomènes convulsifs prédominaient dans les membres du côté droit*. Une seule fois il eut un peu d'écume à la bouche; la miction involontaire survenait à la fin de l'accès. — Après l'accès l'enfant revenait à lui assez rapidement, comme s'il n'avait rien eu. Le regard seul restait un peu égaré. On a remarqué aussi que le côté droit était un peu plus faible que le gauche et que le *malade avait de la peine à se servir du bras droit.*

Les accès augmentèrent progressivement de fréquence jusqu'à se répéter 30 fois par jour et presque tous les jours, durant toute l'année 1882. En 1883 la frequence diminue un peu sans cause apparente.

R... était gourmand et salace: il mangeait toute la journée, exigeant toujours des friandises; il mangeait aussi des cen-

dres, du cirage, etc. Il tétait son pouce. Il avait la *manie d'effilocher* les objets tissés.

L'*onanisme* s'était développé durant son séjour en nourrice. Il disparut pendant quelques années pour reparaitre plus tard. — Tantôt affectueux et doux, il devenait parfois taquin et méchant avec sa sœur et la battait. — On n'a jamais pu lui apprendre à s'habiller ou se déshabiller. Il savait à peine se servir de la cuiller pour manger. Dés la première année il exécutait un *balancement* antéro-postérieur continuel du tronc.

C'est dans le cours de l'année 1883 que ses parents, sur le conseil d'un médecin, le placèrent à l'Asile cliniqne (Ste Anne) ou il resta 3 mois et de là fut transféré à Bicêtre.

1884. *Dentition*. La dentition de lait est très mauvaise. Toutes les molaires sont profondément cariées.

Accès. Les accès sont fort nombreux (100 à 200 par mois) et présentent les caractères décrits plus haut. Aprés ses séries d'accès, il est anéanti et devient gâteux alors que dans l'intervalle il est propre et va régulièrement à la selle deux fois par jour. — Il joue, il est gai, ilconnait les différentes parties de son corps; la *parole* est libre; il prononce assez bien la plupart des mots mais il ne peut pas construire une phrase. — Pas de rumination, pas de vomissements. — Il suce continuellement ses doigts. — Il ne se sert que de la cuillère pour manger. La mastication est normale.

15 *décembre*. Traitement; élixir poly bromuré (2 cuillerées par jour.)

1885. Sous l'influence du traitement bromuré les accès sont beaucoup diminué de fréquence pendant les 3 premiers mois, puis ils se sont reproduits comme avant (v. le *Tableau des accès*).

1886. *État actuel* (25 *Janvier*). L'enfant est de taille moyenne (1m02), émacié. Les cheveux sont blonds, régulièrement implantés. — Crâne légèrement asymétrique et dolicocéphale. La bosse pariétale gauche fait une saillie plus marquée que la droite. Le *front* est peu élevé. — La *face* est irrégulière, symétrique. L'expression est stupide, le regard atone. Pas de lésions *oculaires*, pas de strabisme ou de nystagmus. La vision parait être normale. Le *nez* est droit, un peu épaté mais non dévié.

Le *pavillon des oreilles* est symétrique et ne présente aucune déformation. L'*ouie* est normale. — La *bouche* est largement fendue. Pas de déformation du voile du palais ou du palais osseux.

Les *membres supérieurs* ou *inférieurs* ne présentent pas de déformations morphologiques. R... se sert également du bras droit et du bras gauche ; mais la force dynamométrique est très faible des deux côtés et inégale (5 de la main droite et 2 de la main gauche) : il ne peut serrer un objet. Dans la *marche*, l'enfant traine ses pieds sans les soulever, les genoux frottent l'un contre l'autre. La pointe des pieds est tournée en dedans. Les *réflexes tendineux* sont exaltés surtout du côté droit. Pas de trépidation spinale et pas de contracture très marquée aux membres inférieurs. La sensibilité cutanée est normale dans tous ses modes et sur tout le corps.— Il est impossible de fixer l'*attention* de R... car il est sans cesse en mouvement.

19 *avril*. Poussée d'*impétigo* s'accompagnant de *kérato-conjontivite phlycténulaire* ; ces troubles oculaires cédérent rapidement au collyre au sulfate de cuivre.

L'état général est assez satisfaisant. L'enfant n'a pas encore atteint sa *puberté*. La tête et le tronc sont glabres. Les testicules descendus dans les bourses, sont égaux et ont le volume d'un haricot. La verge est peu développée (4 centimètres sur 45 millimètres de circonférence). Le gland est recouvert par le prépuce. Pas de phimosis.

Année 1887. Les accès continuent à se répéter avec une fréquence décroissante et à part quelques contusions consécutives aux accès et à la chute qui les accompagne, il n'y a rien à signaler. Onanisme.

1888. Les accès sont beaucoup moins fréquents et R... est resté plusieurs mois sans présenter ni accès, ni vertiges. Durant cette année on a compté 32 accès alors que l'année précédente il en avait eu 288.

1889. Au commencement de l'année les accès ont été plus fréquents surtout en janvier. L'état général est assez satisfaisant.

Puberté. La face et le tronc sont glabés. Les testicu'es, descendus dans les bourses, sont égaux et ont le volume d'un haricot: La verge est peu développée (4centim. de longueur sur 45 mm. de circonférence). Le gland est recouvert par le prépuce.

1890 Au commencement du mois de janvier, on note que l'enfant s'amaigrit beaucoup sans causes apparentes. Sa salacité augmente, il suce et mange toutce qu'il peuttrouver. Il *rumine*

continuellement (liquides et solides). On est obligé de lui attacher les mains pour l'empêcher de mâcher sa chemise. L'appétit est conservé, les selles sont régulières. Il existe une élévation thermique de 38°,8, sans trouble respiratoire ou cardiaque. C'est à ce moment qu'on le descend à l'infirmerie :

8 *janvier*. La température atteint le soir 39°. A partir de ce jour, elle redescend progressivement à l'état normal.

3 *février*. L'amaigrissement est considérable, les yeux sont excavés, le teint pâle. Il n'y a pas de fièvre, pas de troubles gastriques, pulmonaires ou cardiaques qui puissent expliquer cette cachexie progressive. Les urines sont normales; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

7 *février*. L'enfant a gémi toute la nuit et a réclamé souvent à boire. A 6 heures du matin il a pâli, ses yeux se sont ouverts à différentes reprises en même temps qu'il soupirait, puis il n'a plus rien dit jusqu'à 7 heures et demie, moment où il s'est éteint. La température à 5 heures du matin était de 37°, 8.

Voici les tableaux comparatifs des dimensions de son *crâne*, de son *poids*, de sa *taille* et de ses *accès* pendant son séjour dans le service :

	1886	1888	1889
Circonférence horizontale maxima...	49	49	49
— 1/2 bi-auriculaire......	29	31	33
Distance de la protubérance occipitale externe à la racine du nez.........	34	34.5	35.5
Diamètre antéro-postérieur maximum	16.6	17	17
— bi-auriculaire.............	10.7	10.4	10.2
— bi-pariétal................	13.4	13.6	13.5

	1883		1884		1885		1886		1887		1888		1889		1890	
		Nov.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.
Poids		13. »	13.50	13.30	13.90		12.50	16. »	14.90	12.70	13.20	14.60	14.20	15.70	16.10	
Taille		0.90	0.91	0.93	0.94		1.02	1.04	1.05	1.06	1.05	1.05	1.08	1.10	1.105	

Dynamomètre	1883				1884				1885				1886				1887				1888				1889				1890			
			Nov.		Jan.		Juil.		Jan.		Juil.		Jan.		Juil.		Jan.		Juil.		Jan.		Juil.		Jan.		Juil.		Jan.		Juil.	
	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
													5				3	4	3	4	5	2	5	3	6	4	5	5	6	6		

MOIS	1883			1884			1885			1886			1887			1888			1889		
	Attaques.	Accès.	Vertiges.	Attaques.	Accès.	Vertiges.	Attaques.	Accès.	Vertiges.	Attaques.	Accès.	Vertiges.	Attaques.	Accès.	Vertiges.	Attaques.	Accès.	Vertiges.	Attaques.	Accès.	Vertiges.
Janvier	»	»	»	»	163	»	»	13	»	»	»	»	»	43	»	»	5	»	»	282	»
Février	»	»	»	»	36	»	»	»	»	»	18	6	»	30	»	»	3	»	»	19	2
Mars	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	82	»	»	32	»	»	2	»	»	29	»
Avril	»	»	»	»	98	»	»	91	»	»	47	»	»	20	»	»	»	»	»	5	2
Mai	»	»	»	»	288	»	»	54	»	»	54	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»
Juin	»	»	»	»	211	»	»	33	»	»	100	4	»	50	»	»	2	»	»	2	»
Juillet	»	»	»	»	186	»	»	9	»	»	22	3	»	30	»	»	»	»	»	»	»
Août	»	»	»	»	5	»	»	9	»	»	211	»	»	»	3	»	»	»	»	2	»
Septembre	»	»	»	»	51	»	»	165	2	»	22	»	»	10	»	»	»	6	»	5	9
Octobre	»	»	»	»	208	»	»	250	24	»	114	»	»	19	»	»	»	»	»	2	5
Novembre	»	56	»	»	47	»	»	133	»	»	67	»	»	27	»	»	13	9	»	»	»
Décembre	»	499	»	»	167	»	»	80	»	«	2	»	»	24	»	»	7	»	»	»	3
Total	»	555	»	»	1431	1	»	837	26	»	709	13	»	288	3	»	32	15	»	346	21

DATES.	TEMPÉRATURE DE L'ACCÈS.		
	Au moment du ronflement.	1/4 d'heure après l'accès.	2 heures après l'accès.
13 décembre 1887.	38°	37°, 8	37°, 8
21 décembre 1887	38°, 2	38°, 6	38°

AUTOPSIE le 8 *février* 1890 (24 heures après la mort.) Pas de rigidité cadavérique. — Maigreur notable. — *Poids* : 15 k 900. — *Crâne* asymétrique. Léger degré de plagiocéphalie, cuir chevelu mince. — Base du crâne symétrique. Épaisseur des os du crâne un peu augmentée ; pas de persistance des fontanelles ou des sutures, dont les dentelures sont partout très apparentes. — La *dure-mère* est un peu adhérente à la calotte crânienne surtout au niveau de la suture sagittale. Épaisseur normale.

La *pie-mère* est peu vascularisée. Elle est mince et sa décortication est par endroits assez difficile. Elle s'enlève par petits fragments mais il n'y a pas d'adhérences proprement dites.— Liquide arachnoïdien en quantité normale.

Hémisphères cérébraux. Les hémisphères cérébraux paraissent normaux au premier abord. La substance grise a un aspect normal et ne présente en aucun point d'inégalité de consistance appréciable. Les circonvolutions cérébrales paraissent inégalement développées du côté droit, c'est surtout au niveau de la partie supérieure de la pariétale ascendante et au niveau du pied de la 3me frontale que l'on constate l'*étroitesse des circonvolutions* et la *béance* plus marquée des sillons et scissures.— Du côté gauche on constate la même apparence au voinage de la région rolandique.

La disposition morphologique des circonvolutions est normale. La branche ascendante de la scissure sylvienne du côté gauche présente une bifurcation très peu marquée, de telle sorte que le cap de la 3me frontale gauche est mal limité et atrophié.— Les circonvolutions de l'hémisphère gauche, tant à la face externe qu'à la face interne, sont manifestement moins

développées que sur l'hémisphère droit ; cette différence s'accuse surtout sur le lobe frontal et les circonvolutions motrices supérieures. Il existe même un véritable état chagriné de la frontale interne. La disposition morphologique des circonvolutions n'est pas la même sur les deux hémisphères sans qu'il y ait cependant en les considérant isolément aucune anomalie essentielle et caractéristique.

La forme générale des hémisphères est différente : l'hémisphère droit présente une forte convexité de son bord supérieur, tandis qu'à gauche on observe au contraire un aplatissement de ce bord à la face interne. On constate que la couche optique du côté gauche est sensiblement moins développée que la droite.

Les ventricules cérébraux sont normaux, non dilatés. Les pédoncules cérébraux sont symétriques. — Pas de lésions macroscopiques du cervelet, de la protubérance, de l'isthme ou de la moelle. Les vaisseaux et nerfs de la base du crâne sont symétriques.

Encéphale	1.060 gr.
Hémisphère cérébral gauche	460 gr.
id. droit	475 gr.
Cervelet et isthme	135 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	60 gr.
— — droit	55 gr.
Bulbe et protubérance	20 gr.
Moelle épinière	30 gr.

Les *poumons* sont normaux. Pas de tubercules, pas de lésion bronchique. P. droit : 120 gr. P. gauche : 90 grammes. — *Cœur* 80 gr. normal. Pas de persistance du trou de Botal. — *Foie* : 470 gr., très congestionné ainsi que les *reins* qui pèsent chacun 50 gr. — La *rate* est petite. — Le *pancréas*, le *tube digestif*, la *vessie* sont normaux. — Le *corps thyroïde* pèse 10 gr ; le lobe gauche est plus gros que le droit. Pas de persistance du *thymus*.

RÉFLEXIONS. — I. Les *antécédents héréditaires* de notre malade sont assez chargés. Du côté paternel nous relevons l'alcoolisme du grand-père, des troubles vésaniques chez une grand'mère et une tante. Du côté maternel nous trouvons la migraine, l'hystérie et la chorée de Sydenham Deux sœurs ont eu, comme le malade, des convulsions de l'enfance.

II. Les *antécédents personnels* offrent de nombreux accidents névropathiques. La mère a eu des syncopes durant la grossesse et pendant l'accouchement des attaques probablement de nature hystérique. Toutefois le doute peut subsister en l'absence de renseignements précis et il est possible de se demander s'il ne s'agissait pas là d'attaques éclamptiques. Puisque l'occasion s'en présente nous en profitons pour dire que c'est d'une façon tout-à-fait exceptionnelle que nous avons noté l'*éclampsie* dans nos nombreuses observations sur les maladies nerveuses des enfants, aboutissant à l'*idiotie*.

III. A partir de la seconde semaine de la vie R... poussait des cris continuels qui constituent souvent un des premiers signes de l'idiotie. Les premières convulsions apparurent à 6 mois. Elles se répétèrent ensuite assez fréquemment et se modifièrent dans leur forme à partir de 4 ans. On voit en effet, à cette époque, les accidents prendre le caractère des accès épileptiques et les convulsions prédominer dans les membres du côté droit où l'on note bientôt un certain degré de parésie. Les accès épileptiques ont persisté jusqu'à la mort du malade à l'âge de 12 ans.

IV. Au point de vue mental, R... était atteint d'*idiotie* à un degré très prononcé. L'intelligence était à peu près nulle. Bien que la prononciation fut libre, la parole se bornait à quelques phrases. L'attention ne pouvait être sérieusement fixée. Les sentiments affectifs étaient très peu développés. Il était gourmand salace et onaniste depuis longtemps.

V. Des symptômes physiques accompagnaient ces troubles mentaux : une *parésie* du côté droit et des *accès d'épilepsie*. Ceux-ci ont eu une marche assez

singulière. Après avoir été très nombreux en 1883, 1884 et 1885, ils ont diminué notablement en 1887 et surtout en 1888. Signalons en passant l'élévation de la *température* sous l'influence de l'accès. Parmi les autres symptômes physiques mentionnons encore l'asymétrie crânienne et faciale, le gâtisme, la *rumination*, des *tics* : balancement antéro-postérieur continuel du tronc, manie d'effilocher les objets tissés.

VI. Au point de vue du traitement de l'idiotie, on n'est pas arrivé chez lui à des résultats sérieux, ce qui s'explique par la coexistence de l'épilepsie. Les accès ont été modifiés temporairement par le traitement bromuré (élixir poly-bromuré), puis, après un certain temps, le médicament est resté sans effet.

VII. Ce qu'il y a encore de particulier dans l'histoire de notre malade, c'est cette *cachexie spéciale* survenant progressivement, déterminant la mort sans que l'examen nécroscopique pût en expliquer le mécanisme. C'est là, d'ailleurs, une terminaison de l'épilepsie qui n'est pas rare et qui mériterait de faire l'objet d'une monographie qu'on pourrait intituler : *De la cachexie épileptique.*

VIII. L'ensemble des symptômes observés chez cet enfant, joint à la présence d'accès convulsifs et de troubles physiques, nous ont fait porter le diagnostic, d'idiotie et d'épilepsie symptomatiques d'*un arrêt de développement des circonvolutions* et de *sclérose cérébral atrophique*, diagnostic que l'autopsie a confirmé.

III.

Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale atrophique;

PAR **BOURNEVILLE** et **MORAX**.

SOMMAIRE. — *Grand oncle paternel alcoolique — Mère migraineuse, débauchée, alcoolique. — Grand'mère paternelle morte d'une attaque d'apoplexie. — Grand'mère maternelle buveuse. — Arrière-grand-père maternel coureur et buveur. — Deux oncles et une tante morts de méningite. — — Pas de convulsions. — Marche et Parole à 4 ans. — Faiblesse du côté droit. — Premiers signes d'idiotie vers 6 mois. — Gâtisme. — Bave continuelle. — Amélioration. — Devenu propre en 1889. — Croup; trachéotomie: mort. — Autopsie. — Fausses membranes laryngées et trachéobronchiques. — Broncho-pneumonie. — Sclérose cérébrale atrophique disséminée portant surtout sur les circonvolutions frontales, pariétales ascendantes, le lobe paracentral, les circonvolutions du corps calleux et les lobes occipitaux.*

Ars.. (Emile), 10 ans, né le 10 mars 1880, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 31 mai 1889.

Renseignements fournis par le père (30 août 1889). *Père,* 37 ans, assez grand, employé chez un marchand de meubles, bien portant, intelligent, non fumeur, sobre, d'un caractère un peu emporté, n'aurait eu ni convulsions dans l'enfance, ni arthritisme, ni affections cutanées ou vénériennes. [*Pére*, maçon, mort d'une bronchite à 67 ans, sobre. — *Mère* sobre, morte d'une *attaque apoplectiforme ;* 4 ans auparavant hémiplégie gauche à la suite d'une première attaque. — *Grand père paternel* mort à 88 ans de vieillesse, pas de démence, travailleur. *Grand'mère paternelle* morte d'un *épithélioma* de la face à 67 ans. — *Grands parents maternels* morts âgés, on ne sait de quoi. — 3 *oncles paternels*, l'un mort acci-

dentellement, l'autre, bossu à 20 ans, est mort à 63 ans sans enfants, après de nombreux *excès de boisson*. — Le 3e est bien portant; il a eu 3 enfants dont une fille morte à 17 ans de *tuberculose pulmonaire*. — Deux *tantes paternelles* en bonne santé, sans enfants. — Deux *tantes maternelles* sans descendance. — Un *frère* bien portant, ainsi que ses 4 enfants. 3 *sœurs* sans convulsions. Ni aliénés, ni épileptiques, ni suicidés, ni criminels, etc, dans la famille paternelle].

Mère, 32 ans, fleuriste, grande, forte, mariée à 23 ans, a quitté son mari depuis 2 ans; pas de convulsions ni de fièvre typhoïde. *Migraines* fréquentes, caractère nerveux. Nombreux *excès de boissons* depuis son mariage; depuis qu'elle a quitté son mari, débauchée, conduite déplorable. [*Père* mort à 40 ans d'une fièvre typhoïde compliquée d'accidents cérébraux. « *Mère*, alcoolique assez bien portante. — *Grand-père maternel* buveur et coureur. — Un *frère* débauché a abandonné sa femme. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de suicidés, etc., dans la famille maternelle.]

Pas de *consanguinité* (Père de la Manche. Mère de la Somme). Différence d'âge 5 ans.

Quatre *enfants*: notre malade; — un garçon mort de *méningite* à 10 mois; — une fillette de 5 ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions; — une fille morte à 7 mois de *méningite*.

Antécédents personnels du malade. La *conception* a eu lieu dès les premiers jours du mariage; les parents étaient bien portants tous deux. — *Grossesse*: pas de traumatisme ni de frayeurs, mais la mère aurait commencé à boire pendant cette première grossesse, sans aller jusqu'à l'ivresse. Elle a eu des vomissements assez fréquents. — L'*accouchement* est survenu à terme, il a été long; ni forceps, ni chloroforme. Pas d'asphyxie à la naissance — L'enfant a été élevé au biberon par sa mère. — Il n'aurait jamais eu de convulsions et son développement paraissait se faire normalement. — A 6 mois on remarqua qu'il n'était pas comme les autres enfants, qu'il saisissait mal le biberon. — Il ne se servait pas de ses mains qu'il laissait retomber à côté de lui. Les yeux étaient hagards. — Il riait quelquefois et paraissait s'intéresser un peu aux jouets qu'on lui donnait. Il n'a pu se lever de son lit qu'à l'âge de 4 ans. C'est vers cette époque seulement qu'il a commencé à marcher. Il arrive à porter les aliments à sa bouche à l'aide de sa fourchette. — Il était très maladroit de ses membres, tom-

bait fréquemment. C'est à 4 ans qu'il commenca à prononcer quelques mots, à dire papa et encore d'une manière indistincte. Il a toujours bavé. — Il grince parfois des dents. — Depuis ses premières années, il présente un *balancement* latéral discontinu. — On avait remarqué qu'il traînait un peu plus la jambe droite et que son soulier était usé davantage de ce côté ; en outre il paraissait plus maladroit de la main droite que de la main gauche.

L'enfant n'a jamais eu de maladies infectieuses, de lésions traumatiques ou d'affections cutanées à part un eczèma de l'oreille. — Il a été sujet aux conjonctivites pendant ses premières années. — Il n'a jamais eu d'étourdissements ni de secousses. — Il avait parfois des colères violentes; il était cependant affectueux avec ses parents. De 1888 à 1889 il a été placé à la campagne.

Etat actuel (13 juin 1889). Enfant de taille moyenne (1 mètre 17), pesant 16k. 600, légèrement émacié, d'apparence chétive. Les cheveux sont d'un blond châtain, assez abondants et régulièrement plantés, présentant un seul tourbillon postérieur situé sur la ligne médiane. Les sourcils et les cils sont blonds et n'offrent rien de particulier. Les lèvres et les joues sont glabres ainsi que le tronc et la région génito-périnéale. Pas de cicatrices cutanées. Adénopathie cervicale assez marquée.

La *tête* est arrondie, symétrique. Le crâne est mésaticéphale, présente un indice céphalique de 79. Les os du *crâne* sont soudés. Le front est peu élevé, les bosses frontales sont égales. — Les *yeux* ne présentent aucune particularité. — Le nez est petit, régulier. L'odorat est normal. — La bouche est régulière et petite. Le *goût* est normal. — Le menton est un peu fuyant.

Dentition. Au niveau de la *mâchoire supérieure* il existe 4 incisives permanentes, longues, écartées, les premières prémolaires et molaires permanentes droite et gauche. Les canines et 2me prémolaires ne sont pas encores sorties. Les dents de lait correspondantes sont tombées laissant un vide insuffisant pour recevoir les dents nouvelles. — La *mâchoire inférieure* présente toutes les incisives permanentes. — Les canines permanentes sont prêtes à sortir. — Les 1res molaires sont profondément cariées. Les prémolaires de lait sont détruites par la carie. — L'*articulation* est trés défectueuse mais surtout mal fixée. Les molaires du fond de la bouche seules se rencontrent lorsque la bouche se ferme. Les dents antérieures sont distantes de près d'un centimètre. — *Gencives* en assez bon état.

Les *oreilles* sont écartées du crâne mais à part cela ne présentent aucune particularité. Les *membres supérieurs* sont le siège d'un certain degré de *contracture prédominant du côté droit*. Les bras sont habituellement rapprochés du tronc les avant-bras en demi-flexion, la main fléchie, les doigts en extension. Le développement des membres supérieurs est symétrique et normal. — La différence qui existe entre la circonférence des deux membres inférieurs est insignifiante. Au point de vue fonctionnel, l'enfant est maladroit de ses membres supérieurs. Les mouvements sont gênés et moins étendus qu'à l'état normal.— Il ne peut pas s'habiller ou se déshabiller seul. La force dynamométrique est de 15 du côté gauche et nulle à droite.— Pas de troubles de la sensibilité cutanée dans les membres supérieurs. — Les *réflexes tendineux* du poignet existent. Quant aux *membres inférieurs* ils ne sont le siège d'aucuns phénomènes anormaux. — Pas de différence de développement. Pas de contracture. Les réflexes rotuliens sont cependant exagérés, mais il n'existe pas de trépidation spirale. La sensibilité cutanée est normale dans tous ses modes. Les troubles fonctionnels sont les mêmes qu'aux membres supérieurs. L'enfant marche difficilement. Les mouvements sont lents. Il ne peut courir ni sauter. La station est incertaine et il tombe facilement. — On ne note rien de particulier au niveau du thorax ou de l'abdomen

Organes génitaux. Pas de poils au niveau des organes génitaux. *Testicules* descendus dans les bourses. Verge normalement conformée. Prépuce normal. Pas de phimosis. — *Anus* régulier.

Parole rudimentaire. Il parle du nez et ne peut proncer que quelques mots : « papa, minmin ». La mastication est un peu lente. Déglutition normale. — Bave en mangeant. Pas de rumination.

Intelligence nulle. Il ne sait ni lire, ni écrire. Il arrive cependant à reconnaitre une partie des objets qui l'entourent, lorsqu'on le lui demande. *Mémoire* nulle. *Caractère* doux, paisible. Il est affectueux avec le personnel du service.

1889, Depuis son arrivée dans le service le malade n'est entré que deux fois à l'infirmerie.

28 *août*. Plaie au niveau du sourcil droit, consécutive à une chute. Suppuration. Incision. Pas de phénomènes spéciaux.

21 *novembre*. *Rougeole* assez intense suivie de complications pulmonaires (broncho-pneumonie) qui ont retardé la guérison

complète jusqu'au 6 janvier 1890. Pas de complications nerveuses.

1890. 10 *mars*. Le malade descend à l'infirmerie pour une toux rauque, accompagnée de vomissements. On constate une *angine diphtéritique* caractérisée.

11 *mars*. Toux bitonale. Respiration difficile. Tirage, Accès de dyspnée avec cyanose du visage. Trachéotomie.

12 *Mars*. *Mort* avec élévation thermique (41°, 6) et dyspnée sans tirage (broncho-pneumonie).

Les notes de la petite Ecole, montrent que le malade était en voie de progrès. — Il était arrivé à reconnaître quelques lettres de l'alphabet, les chiffres et les couleurs. Il avait appris à se servir moins gauchement de ses membres, à lacer, à boutonner, à estimer les longueurs, les surfaces. — Il bavait un peu moins et était devenu tout à fait propre.

AUTOPSIE, le 13 *mars* 1890 (20 heures après la mort). Rigidité cadavérique peu accusée. — Lividités cadavériques sur les membres et le tronc.

Appareil respiratoire. Fausses membranes grisâtres recouvrant uniformément la muqueuse de l'épiglotte, du larynx, de la trachée et s'étendant dans la bronche droite jusqu'au niveau du hile du poumon. — La bronche gauche et le poumon du même côté ne présentent aucune lésion. Le poumon droit est le siège, au niveau de son lobe inférieur, d'une congestion intense et de petits foyers de broncho-pneumonie. — Poumon gauche : 200 gr. Poumon droit : 310 gr. — Le *cœur* est normal (120 gr.) Pas de lésions myocardiques ou valvulaires. Trou de Botal oblitéré.

Tube digestif. Fausse membrane épaisse au niveau des piliers du voile du palais et des amygdales. — *Estomac*, *intestins* normaux, ainsi que le *Foie* (670 gr.). le *Pancréas* (30 gr.) la *Rate* (un peu grosse ; 60 gr.), les *Reins* (droit. 60 gr. ; — gauche 70 gr.) et la *vessie*.

Le *thymus* a disparu complètement. *Corps thyroïde* normal (10 gr.).

Tête. Le cuir chevelu présente son épaisseur normale. Calotte crânienne complètement ossifiée, assez épaisse. — Légère asymétrie de la base du crâne : la fosse occipitale gauche est plus large que la droite et la crête occipitale est oblique de gauche à droite et d'avant en arrière. — *Dure-mère* crânienne normale, non adhérente au crâne.

Encéphale	950 gr.
Hémisphère cérébral gauche	400 gr.
Hémisphère cérébral droit	420 gr.
Cervelet et isthme	130 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	55 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	60 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.

Les artères de la base, les nerfs, les tubercules mamillaires, etc., sont symétriques. — La *pie-mère* est assez fortement vascularisée, un peu épaisse, nullement adhérente.

Hémisphères cérébraux. Ce qui frappe tout d'abord c'est la coloration blanchâtre d'un certain nombre de circonvolutions ou segments de circonvolutions, correspondant avec une atrophie marquée de ces mêmes régions. — Les circonvolutions atrophiées ont une consistance un peu plus ferme que les circonvolutions normales. Quant à la topographie de cette *sclérose atrophique* nous l'étudierons successivement sur les deux hémisphères.

Hémisphère droit. Les circonvolutions *atrophiées* sont la frontale ascendante dans ses 2/4 moyens, la partie postérieure de la 1re et 2me frontales. Les circonvolutions présentent un aspect vermicellé. La pariétale ascendante est atrophiée dans sa partie moyenne et sur une étendue de 1 centim. à peu près. — Les circonvolutions du lobe pariétal, occipital et temporal paraissent saines. A la face interne de l'hémisphère droit, on constate une atrophie très marquée de la partie moyenne de la circonvolution du corps calleux, du pli de passage qu'elle envoie à la 1re frontale et de toute la partie inférieure du lobe paracentral. La pointe antérieure du lobe occipital et la partie postérieure du lobe temporal à la face interne de l'hémisphère sont également sclérosées mais n'ont pas l'aspect vermicellé.

Hémisphère gauche. Les frontales et pariétales ascendantes sont très fortement atrophiées et présentent une *induration très marquée* et un aspect gaufré. Les autres circonvolutions de la face externe sont bien développées. — A la face interne de l'hémisphère gauche, la circonvolution du corps calleux est très atrophiée ainsi que les circonvolutions de la face interne du lobe occipital.

Le *cervelet* et le *bulbe* ne présentent pas de lésions macroscopiques. Ces organes sont symétriques. Le *canal rachidien* est normal. — Les méninges spinales et la *moelle* pèsent 50 gr. et n'offrent rien d'anormal à l'œil nu.

RÉFLEXIONS. — I. L'alcoolisme a eu dans ce cas une action prédisposante évidente. On le rencontre du côté paternel, mais il est surtout très accusé dans la famille maternelle et chez la mère de l'enfant.

II. Les troubles mentaux et physiques, dont notre malade était atteint, n'ont pas eu un début brusque, contrairement à ce qui s'observe fréquemment en pareil cas. Il n'y a jamais eu de convulsions ou d'état de mal convulsif, ce qui autorisait à penser qu'il s'agissait ici d'un cas d'*idiotiecongénitale*.

III. Le père dit avoir remarqué, à 6 mois, que son fils n'était pas comme les autres enfants, qu'il se servait mal de ses bras. La marche survint tardivement, à 4 ans ; le malade a commencé à cette époque à prononcer quelques mots, mais la parole est toujours restée rudimentaire. Les troubles parétiques qui s'observent du côté des membres sont plus marqués à droite. L'enfant est gâteux, il bave continuellement et présente un balancement antéro-postérieur continu. L'intelligence est nulle. La mémoire fait totalement défaut. On arrive cependant à fixer son attention et à lui faire reconnaître une partie des objets qui l'entourent.

IIII. Nous n'avons pas pu nous rendre compte de la manière dont s'était faite la transmission de la diphtérie à laquelle notre malade a succombé. Il n'y avait pas eu de cas de diphtérie dans le service depuis au moins trois mois et l'enfant n'était pas sorti de la section (1).

V. L'autopsie nous a révélé des lésions de *sclérose cérébrale atrophique* des plus nettes. La diffusion de

(1) Il n'y a eu qu'un autre cas de dipthérie dans l'année, survenu chez l'enfant Robe... qui a été trachéotomisé le 5 mai et a guéri.

ces lésions est en rapport avec les phénomènes parétiques diffus et avec les troubles mentaux. Toutefois les lésions atrophiques étaient très marquées au niveau des circonvolutions rolandiques du côté gauche, ce qui se traduisait par une parésie plus prononcée du côté droit.

VI. Il est intéressant de comparer cette observation à la précédente au double point de vue des symptômes et des résultats du traitement de l'idiotie. Nous avons vu que chez Ren... il existait des phénomènes convulsifs épileptiformes qui ont persisté pendant toute la vie et ont été un obstacle sérieux au développement mental de l'enfant. Ici, au contraire, les phénomènes convulsifs font défaut et sous l'influence de l'éducation, le malade s'était notablement amélioré. En une année on était parvenu à lui faire reconnaitre quelques lettres de l'alphabet, les chiffres et les couleurs. Il était devenu plus habile de ses membres. Le gâtisme avait complètement disparu. (Voir PLANCHE I, *fig.* 1, 2, 3, et 4.)

VII. L'idiotie symptomatique de sclérose cérébrale atrophique est surtout susceptible d'une grande amélioration lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'épilepsie.

IV.

Idiotie symptomatique d'une tumeur cérébrale

(*Hydrocéphalie*);

PAR **BOURNEVILLE et MORAX.**

SOMMAIRE. — *Tumeur cérébrale, hydrocéphalie symptomatique. — Grand père paternel alcoolique. — Mère, convulsions à 2 ans. — Premiers symptômes à 10 ans. — Céphalalgie, vomissements, gâtisme. — Paraplégie spasmodique. Atrophie double du nerf optique Mort par fracture du crâne. Autopsie. — Sarcome à petites cellules siégeant dans la cavité du 4me ventricule et sur la partie latérale du bulbe et du cervelet. — Hydrocéphalie : dilatation des ventricules cérébraux.*

Ber..(Charles) âgé de 12 ans est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 19 mai 1888.

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant). — *Père,* 38 ans, surveillant à Mazas, grand, fort, bien portant. Il a été soldat pendant 5 ans et depuis lors a toujours été employé dans les prisons. Il n'a fait que de très rares excès de boisson. Pas de migraines, de rhumatismes, d'affections nerveuses ou cutanées. Marié à 26 ans. Intelligence moyenne.—[Son *père* est mort accidentellement, il était sobre. Sa *mère* est morte de misère (?) à l'hospice de Mirecourt. Pas d'antécédents nerveux dans la famille].

Mère, 37 ans, brocheuse, a eu des *convulsions* à 2 ans, mais depuis lors s'est toujours bien portée. Elle n'a jamais eu de migraines, d'affections nerveuses ou arthritiques. Elle est d'un caractère assez doux. [*Père* mort à 75 ans de vieillesse. *Mère* morte à 35 ans des suites d'une fausse couche. Pas d'antécédents nerveux dans la famille]. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge d'un an.

La mère de l'enfant s'est mariée deux fois. D'un premier mari elle a eu 6 fausses couches et 2 enfants; l'un, de ceux-ci est mort à 5 mois de *convulsions* internes, l'autre, une fille de 16 ans, est intelligente; elle a eu une tumeur blanche du genou. — De son deuxième mari, le père de notre malade, elle a eu 5 enfants et une fausse couche grossesse môlaire ; — Notre malade ; — Une fille de 7 ans anémique ; pas de convulsions ; — Un garçon mort à 2 jours de *convulsions internes*; — Un garçon mort à 7 mois d'athrepsie ; — Un garçon de 4 ans bien portant et intelligent ; — Une grossesse au 8me mois.

Antécédents personnels. Les parents étaient bien portants à l'époque de la *conception*. La *grossesse* a été bonne et l'*accouchement* s'est fait à terme, sans forceps, ni chloroforme. Pas d'asphyxie *à la naissance* : c'était un gros et bel enfant. Il a été élevé au sein par sa mère et s'est développé d'une façon normale. Sa santé était bonne. Il n'a jamais eu de convulsions. Son développement intellectuel était un peu retardé : à 7 ans il lisait mal et n'écrivait pas du tout. La marche et les mouvements des membres supérieurs ne présentaient rien de particulier.

C'est à l'âge de 10 ans (au mois de février 1888) que paraissent avoir débuté les symptômes de l'affection qui l'a conduit à Bicêtre. Ce furent tout d'abord de *violentes céphalalgies*, des *vomissements alimentaires* non motivés. L'enfant, toujours très propre jusqu'à cette époque, se mit à pisser au lit et, en 6 semaines, il était devenu complètement gâteux.

Au mois d'avril on le conduit à l'hôpital des Enfants malades. Il avait alors une *faiblesse des jambes* qui allait en augmentant. Il marchait encore et il alla à pied de l'Hôtel de Ville à l'hôpital. Il y resta 15 jours. A sa sortie le gâtisme avait disparu. Il fit après cela un séjour de 2 mois à l'hôpital de la Roche-Guyon. La marche devenait de jour en jour plus difficile. Il tombait à chaque instant. *Son caractère se modifiait*: il avait des accès de rire sans motif; des colères subites dans lesquelles il jetait par terre tout ce qui lui tombait sous la main. A l'école où il était retourné il s'isolait de ses camarades, restait assis sur un banc à l'écart. Le gâtisme reparut bientôt. Les douleurs de tête avaient diminué d'intensité, les vomissements étaient plus rares il ne marchait plus que sur la pointe des pieds et tombait facilement en arrière. On a remarqué aussi *des alternatives de pâleur et de rougeur de la face* et des troubles vaso-moteurs des mains et des avant-bras. Les mouvements des membres supérieurs n'étaient pas gênés.

L'enfant s'habillait et se déshabillait facilement. C'est alors que ses parents le placent à Bicêtre (19 mai 1888).

Etat actuel. Enfant de taille moyenne (1^m16), d'aspect chétif, assez fortement émacié. Son poids ne dépasse pas 25 kilogrammes. La tête est symétrique. Le *crâne* est allongé d'avant en arrière. Les bosses frontales et pariétales sont saillantes.

Circonférence horizontale max	54.5
1/2 Circonférence bi-auriculaire	34.5
Distance de la glabelle à l'articulation atloïdo-occipitale	37
Diamètre ant. post^r. max	19
— bi-auriculaire	11.7
— bi-pariétal	14.8

L'indice céphalique est de 77. Le crâne répond par conséquent au type mésaticéphale. Le front est étroit, légèrement bombé dans le sens vertical. Les fontanelles et les sutures paraissent soudées. — La *face* est symétrique. Rien à signaler du côté de l'orbite ou du nez. — L'odorat est normal.

Yeux. Pas de lésions cornéennes ou conjonctivales. Pas de strabisme. Iris brun, pupilles égales : réactions pupillaires normales. La papille est décolorée, blanchâtre. Les artères paraissent plus grêles et les veines un peu dilatées. La vue est fortement affaiblie. Il n'existe pas de dyschromatopsie.

La *bouche* présente une conformation normale. La mâchoire est bien conformée ; la deuxième dentition est en pleine formation. L'articulation des dents est normale dans son ensemble. Les gencives sont en bon état. — Les *oreilles* sont bien conformées. L'ouïe est normale.

Les *membres supérieurs* sont bien conformés ; leurs mouvements s'exécutent sans difficulté. Pas de tremblement. L'éc.iture est assez lisible. — La sensibilité cutanée est normale dans tous ses modes. Les réflexes tendineux du poignet sont un peu exagérés. — Pas de contractures. Force dynamométrique. M. gauche, 10. M. droite 13.

Les *membres inférieurs* sont le siège d'une paraplégie spasmodique légère. Lorsque l'enfant est couché les membres sont en extension, le pied ayant une tendance à prendre la position du varus équin. La marche est difficile et chancelante. La pointe des pieds frotte le sol. L'équilibre est instable. La sensibilité cutanée est normale. Les réflexes rotuliens sont exagérés et l'on provoque facilement la trépidation épileptoïde.

Le thorax, l'abdomen, la colonne vertébrale ne présentent rien de particulier. La circulation et la respiration s'exécutent dans les conditions normales.

Rien à signaler du côté des organes génito-urinaires à part un phimosis assez marqué. Pas d'onanisme.

Puberté. Cheveux chatains, régulièrement implantés. — Le tourbillon postérieur siège sur la ligne médiane. — Léger duvet au niveau du pénil. — L'enfant ne présente pas de troubles de la *parole.* — Il lit mais pas très couramment. Son écriture est assez lisible. Il sait faire les additions. — *L'intelligence* est peu développée. — Son caractère est doux ; il est assez sournois, et aime à taquiner ses camarades. — Le *gâtisme* n'est pas complet. Pendant le jour il demande bien à aller à la selle, mais la nuit il souille fréquemment ses draps.

Pendant l'année 1888 à 1889 il ne s'est pas produit de grandes modifications dans l'état de notre malade.

Au commencement de l'année 1889 de nouveaux symptômes apparurent. B... était pris brusquement de *défaillances* sans prodromes, sans cri, sans pâleur du visage. Pas de convulsions de la face ou des yeux. Les membres sont en résolution. Un tremblement assez prononcé agite le corps. Il n'y a pas de perte de connaissance, pas de miction involontaire. L'enfant répond aux questions. Ces symptômes, dont la durée ne dépasse pas 5 minutes, se sont reproduits à différentes reprises; lorsqu'ils survenaient après les repas, ils débutaient par des vomissements. Ils ne s'est jamais produit d'élévation thermique.

Depuis le *mois de mars* l'affaiblissement des membres inférieurs a été en augmentant. La marche est de plus en plus hésitante, l'enfant ne peut plus se tenir debout sans appui. Le regard devient un peu vague, l'acuité visuelle diminue progressivement.

23 *mars.* L'enfant présente un certain degré de raideur à la nuque. Il se plaint de douleurs à ce niveau et d'une céphalalgie continue. Il ne peut plus se tenir assis sur son lit et il se laisse retomber aussitôt, lorsqu'on l'a soulevé.

15 *mai.* L'enfant est toujours plus faible; quand on l'assied la tête s'incline sur l'épaule droite et il pousse des cris si l'on veut modifier cette attitude. Les pulsations artérielles sont plus rapides qu'à l'état normal. Pouls : 110.

Pendant 5 mois, de *Mars* à *Juillet* 1889, la raideur de la nuque et la céphalgie persistent.— Les pupilles sont fortement dila-

tées, mais leurs réactions restent normales. L'état de la papille ne s'est pas modifié.

En *septembre* il parait se produire une légère amélioration. L'enfant tient sa tête plus droite, il se soulève un peu au-dessus de son lit mais le gâtisme persiste. — Après un séjour de 6 mois à l'infirmerie il retourne à son dortoir et on ne note que quelques céphalalgies de temps à autre.

Les mensurations de la tête, faites en *octobre* 1889, sont intéressantes car elles montrent le développement exagéré du crâne de 1888 à 1890.

	1888.	1889.	1890.
Circonférence horizontale maxima	54.5	55 »	56 »
1/2 Circonférence bi-auriculaire.........	34.5	36.5	37 »
Distance de la glabelle à l'artil. all. occipitale	37 »	38 »	38 »
Diamètre ant. post. maximum..........	19 »	19.1	19.1
— bi-auriculaire................	11.5	12 »	12 »
— bi-pariétal...................	14.8	14.9	15.5

1890. L'état de notre malade ne s'est pas modifié jusqu'au 3 *avril*. Ce jour là, il était assis sur sa chaise de gâteux lorsqu'un de ses camarades le poussa brusquement et le fit tomber de la hauteur de sa chaise. — C'est la bosse pariétale gauche qui a porté sur le sol ainsi que la région frontale du même côté. Une ecchymose légère au voisinage de l'orbite gauche, a été la seule conséquence apparente de ce tramnatisme. — Il n'y a pas eu de plaie du cuir chevelu. L'enfant n'a pas perdu connaissance et pendant les deux journées qui ont suivi l'accident il n'a rien présenté de spécial.

Le 6 *avril* en revenant de la classe, il s'est plaint de lassitude, de céphalalgie. Pendant qu'il mangeait sa soupe, il s'est laissé glisser à terre et s'est endormi un instant. On le descend à l'infirmerie de la section.

A 11 heures du matin il présente subitement un vomissement alimentaire peu abondant, auquel succède une cyanose très prononcée de la face et une perte complète de connaissance. L'enfant est dans le décubitus dorsal, la bouche entr'ouverte, le regard immobile. — De temps à autre, il présente quelques mouvements incoordonnés dans les bras, les membres inférieurs et la mâchoire. Les ailes du nez offrent par instants de légers battements. La respiration est irrégulière. Les battements du cœur sont un peu ralentis mais réguliers. 70 pulsations par minute, La température rectale est de 36°, 6. — Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La *mort* survient à midi et demie sans autres phénomènes. La température est de 36°. Une demi-heure après la mort elle est de 35°,5 et de 34° à 1 heure 1/2.

AUTOPSIE le 8 avril 1890, 40 heures après la mort. — Rigidité cadavérique. — Lividités cadavériques au niveau des régions déclives.

Tête. Ecchymose violacée au niveau de la région orbitaire gauche. — Le *cuir chevelu* ne présente extérieurement pas de signe de traumatisme mais lorsqu'on l'a détaché de la calotte crânienne on constate une vaste *ecchymose*, occupant la région temporale et pariétale et s'étendant en haut jusqu'à la suture sagitale, en arrière jusqu'à la suture lambdoïde.

La *calotte crânienne* présente une épaisseur très faible. Elle est transparente dans presque toute son étendue: les deux côtés sont symétriques. Au niveau de la *fontanelle antérieure* il existe encore une surface de quelques millimètres carrés non ossifiée. Les sutures sagitales, lambdoïdes et fronto-pariétales ne sont pas soudées et les différents os qu'elles séparent présentent une mobilité relative. Le frontal est soudé. Au niveau de la bosse pariétale gauche, on constate un trait de *fracture* fissural, absolument horizontal étendu du point culminant de la bosse pariétale à la suture fronto-pariétale sur une longueur de 15 cent. La fracture a intéressé les 2 lames osseuses du pariétal. Par sa partie externe elle correspond à l'ecchymose sous-cutanée que nous avons décrite ; par sa partie interne elle se trouve en rapport avec un épanchement sanguin siégeant entre la dure-mère et le pariétal, qui présente une forme allongée et mesure 4 cent. de longueur sur 3. cent de hauteur et 4 à 5 mill. d'épaisseur.

La *dure-mère* n'est adhérente au crâne qu'au niveau de la fontanelle antérieure, Elle est normale dans toute son étendue. Pas d'adhérence avec la *pie-mère*. Sinus normaux. Après l'incision de la dure-mère et de l'arachnoïde il s'écoule une quantité de *liquide* un peu plus considérable qu'à l'état normal. Les parois osseuses de la base du crâne sont symétriques et n'offrent rien de particulier.

L'*encéphale* présente un volume très considérable. Son *poids* est de 1900 gr. Lorsqu'on le saisit, on est frappé par la faible consistance des hémisphères et la pression y fait naître une fluctuation très marquée. Lorsqu'on dépose la masse encéphalique sur le plan de la table, les hémisphères s'étalent et les cornes sphénoïdales se dépriment. La *pie-mère* a un aspect

normal au niveau de la face convexe et de la face interne des hémisphères. Au niveau de la base, dans l'espace situé au devant des pédoncules cérébraux, elle est épaissie et présente un aspect laiteux. On constate au niveau de la région fronto-pariétale gauche une ecchymose légère siégeant dans l'épaisseur de la pie-mère et correspondant à la région contusionnée. — La pie-mère est mince et s'enlève difficilement, bien qu'il n'existe pas d'adhérences proprement dites.

Au niveau du *cervelet* et du *bulbe*, la pie-mère tapisse des saillies dont la face interne est en rapport avec ces organes (*fig.* 1).

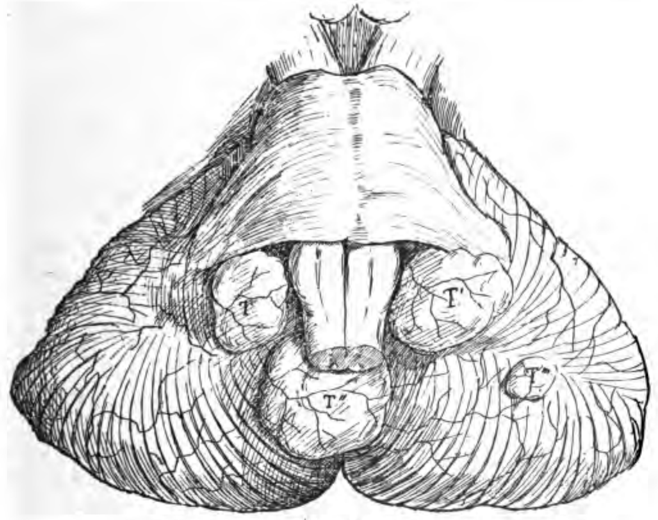


Fig. 1.

Fig. 1. — *Cervelet, bulbe et protubérance* de Ber... En T et T' on voit deux masses néoplasiques paraissant faire hernie en dehors du 4e ventricule par les orifices latéraux de ce ventricule correspondant aux points de pénétration du plexus choroïdien du 4e ventricule. En T'', masse néoplasique faisant hernie à la partie inférieure du 4e ventricule. T''' petite tumeur située entre la pie-mère et la surface du cervelet.

Ces *tumeurs*, qui présentent une forme lenticulaire et dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, se distinguent à peine par leur couleur de la substance

nerveuse avec laquelle elles ne paraissent cependant pas se continuer. De chaque côté du bulbe, immédiatement au-dessous des pédoncules cérébelleux moyens, il existe deux masses néoplasiques volumineuses. Il en existe une également au niveau de la partie postérieure du vermis inférieur, dans la région qui sépare les deux hémisphères cérébelleux. Cette tumeur, dont la face antérieure répond à la partie antérieure du plancher du quatrième ventricule, se continue en haut avec une masse de même nature qui oblitère complètement la cavité du quatrième ventricule.

Le *tuber cinereum,* le *tubercules mamillaires* forment une saillie un peu plus considérable qu'à l'état normal, bien qu'il n'existe pas de production néoplasique à ce niveau. — Dans l'espace perforé postérieur il y a une petite masse néoplasique de peu d'épaisseur.

Après section du corps calleux, il s'écoule des ventricules latéraux une quantité considérable de liquide limpide (600 grammes). Les *ventricules latéraux* sont uniformément dilatés sans que leur forme générale soit notablement modifiée. L'épaisseur de la substance cérébrale qui sépare la paroi ventriculaire de la surface convexe des hémisphéres ne dépasse pas 3 centimètres. Le corps calleux ne forme plus qu'une mince lamelle. La paroi des ventricules ne présente aucune particularité, à part un certain degré de vascularisation qui parait un peu plus considérable qu'à l'état normal.

Il en est de même des plexus choroïdiens des ventricules latéraux. Le 3e *ventricule* est également dilaté mais dans une proportion beaucoup moins considérable que les ventricules latéraux.

L'aqueduc des Sylvius a son diamètre normal. Les *nerfs optiques* offrent à la coupe une coloration grisâtre et une transparence atrophique très marquée. La vascularisation de la gaine externe est très prononcée sur les 2/3 postérieurs du nerf. — Les *autres nerfs crâniens* sont normaux.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (M. MORAX). La masse néoplasique qui occupe le 4e ventricule, ainsi que les tumeurs secondaires situées au niveau du cervelet ou de l'espace perforé postérieur répondent au type des *sarcomes à petites cellules.* Au raclage elles donnent un suc peu abondant constitué par de petites cellules arrondies avec un noyau très développé tandis que le protoplasma qui l'entoure l'est relativement peu. Il n'existe pas de stroma conjonctif et le pinceautage fait constater l'absence

complète de tissu réticulé. Les vaisseaux sont très peu abondants et présentent une paroi formée par une seule couche de cellules. (*Fig.* 2).

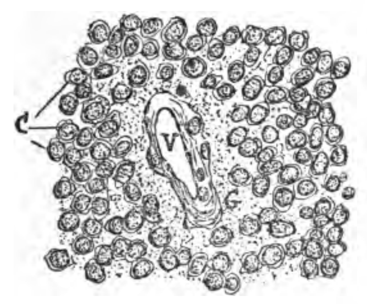


Fig. 2.

Fig. 2.—*Coupe de la tumeur*. Les cellules, C, sont arrondies à noyaux assez volumineux. Une masse granuleuse, G, sépare les celllules. Il n'existe pas de réticulum fibrillaire. Coupe d'un petit vaissseau à parois propres en V.

La pie-mère qui tapisse la surface externe de la tumeur ne contracte que de faibles adhérences avec elle et n'est nullement épaissie. — D'autre part la tumeur se moule exactement sur la surface du cervelet ou du bulbe sans pénétrer dans la substance nerveuse et sans l'altérer. Sur les bords latéraux du 4me ventricule, le néoplasme englobe les plexus choroïdiens de cette cavité. Ces organes présentent leur structure normale excepté cependant en certains points où l'on trouve dans l'épaisseur même du plexus et sans modifications de l'épithélium de revêtement, de petits noyaux néoplasiques très peu volumineux. Les lésions histologiques des circonvolutions cérébrales n'ont pu être étudiées par suite de la conservation du cerveau dans l'alcool. — Les *plexus choroïdiens des ventricules latéraux* sont normaux et n'offrent pas de nodules néoplasiques.

Le *bulbe* est légèrement aplati dans le sens antéro-postérieur au niveau de son 1/3 supérieur, mais sa structure n'est nullement altérée. Les pyramides ainsi que les noyaux bulbaires ne sont nullement lésés *(Fig.* 3).

L'*examen histologique du nerf optique* démontre l'existence

d'une atrophie caractérisée par l'épaississement très marqué des tractus conjonctifs qui cloisonnent le nerf optique. La gaine de myéline des fibres nerveuses a disparu complètement. (La coloration par l'acide osmique ou par la méthode de Weigert ne donne aucun résultat). Ces lésions sont aussi prononcées au voisinage de la papille que dans le 1/3 postérieur du nerf optique. Les gaines du nerf optique ont leur épaisseur et leur structure normales. Le *corps pituitaire* n'offre pas de lésions.

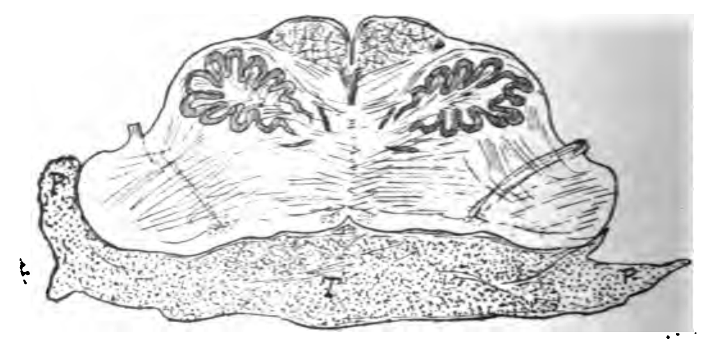


Fig. 3.

Fig 3.— Coupe du bulbe et du 4e ventricule faite au niveau de la partie supérieure des olives. La masse néoplasique T oblitère complètement la cavité ventriculaire et présente des prolongements latéraux, P, P, qui la relient aux tumeurs extra-ventriculaires. Le bulbe est aplati dans le sens antéro-postérieur. Il n'y a pas de lésions des éléments nerveux du bulbe.

Les *méninges* rachidiennes sont normales mais la quantité de liquide arachnoïdien est plus considérable qu'à l'état normal. La *moelle* pèse 50 gr.; macroscopiquement elle présente un aspect normal. L'examen microscopique n'y révèle aucune lésion, à part un très léger degré d'épaississement de la pie-mère dans la région latérale et postérieure et au niveau de la partie inférieure de la moelle cervicale. Il n'existe pas de sclérose des cordons latéraux ou des cordons postérieurs, pas de lésion des cornes antérieures ou postérieures. — Les *racines rachidiennes* et les *nerfs périphériques* sont normaux.

Les *viscères abdominaux* et *thoraciques* ne sont le siège d'aucune lésion.

RÉFLEXIONS. — I. Rien dans les antécédents héréditaires

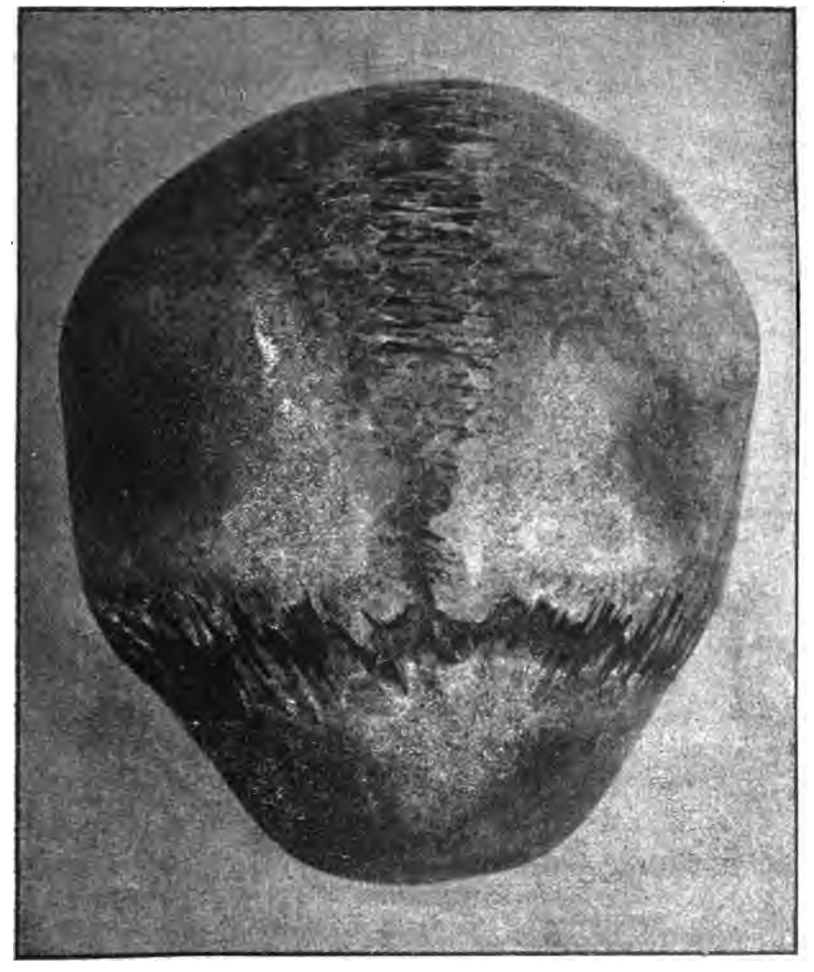


Fig. 4. — Face convexe du crâne de Ber...

ne nous fournit d'indication sur la *cause des tumeurs du cervelet*, constatées à l'autopsie.

II. Avant l'apparition des premiers symptômes, l'enfant semblait déjà un peu anormal ; il était en retard au point de vue du développement des facultés intellectuelles.

III. Les *symptômes* peuvent se résumer ainsi : Violentes céphalalgies, affaiblissement des membres inférieurs avec déformation légère des pieds ; exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde (*paraplégie spasmodique incomplète*) ; gâtisme intermittent et plus ou moins complet ; modifications du caractère ; accès de rire et de colère ; troubles vaso-moteurs de la face ; diminution notable de la vue. — A ces symptômes variables en intensité, s'aggravant ou s'atténuant, vinrent s'ajouter des *défaillances* accompagnées ou non de vomissements ; une roideur douloureuse de la nuque. La céphalalgie devint continue pendant un laps de temps. — Cet ensemble symptomatique nous avait fait porter le diagnostic de tumeur de la base du crâne ou de pachyméningite de la base au voisinage de la protubérance.

IV. La mort étant survenue dans les conditions que l'on sait, l'autopsie a confirmé en effet ce diagnostic : les tumeurs siégeaient à la partie inférieure du cervelet, sur les côtés du bulbe, au niveau du vermis inférieur, etc.

V. La compression exercée par les *tumeurs* du cervelet a eu pour conséquence en quelque sorte une oblitération du quatrième ventricule, une dilatation modérée du troisième ventricule et une dilatation considérable des ventricules latéraux, en un mot une véritable *hydrocéphalie symptomatique*. La quantité de liquide céphalo-rachidien recueillie, quand on a séparé les hémisphères cérébraux et qui n'était pas moindre

de 600 gr., indique le degré de cette hydrocéphalie.

La distension des ventricules a déterminé à son tour une augmentation du volume de la tête très prononcée ainsi que le fait ressortir le tableau comparatif des mensurations de la tête en 1889 et en 1890. Bien que l'enfant fut âgé de 12 ans, les sutures fronto-pariétales et interpariétales se sont écartées de 2^{mm} à 25^{mm}. Les dentelures des os voisins, comparables à des stalactites et à des stalagmites, étaient réunies par une sorte de membrane plus ou moins transparent (*fig.* 4). — Lors du premier examen de la tête, on avait noté que les fontanelles et les sutures semblaient ossifiées ; c'est donc durant le séjour du malade à Bicêtre que s'est opéré cet écartement des os, qui vient fournir, croyons-nous, un argument sérieux contre la *craniectomie*. C'est parce que les os du crâne ont pu s'écarter aussi largement que les phénomènes de compression n'ont pas été plus graves, ont offert une grande lenteur et même des rémissions dans leur marche. La vie aurait donc pu se prolonger encore s'il n'était survenu un traumatisme qui a eu si promptement une issue fatale. Tous les os étaient translucides, notablement amincis, car ils n'avaient qu'un à deux ou trois millimètres d'épaisseur.

V.

Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite

(Idiotie méningo-encéphalitique);

PAR **BOURNEVILLE et MORAX.**

SOMMAIRE. — *Père mort de tuberculose pulmonaire; fièvre typhoïde grave; strabisme léger; excès de boissons. — Tante paternelle sujette à des attaques de nerfs. — Arrière grand-père maternel, excès de boissons. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 2 ans. — Demi-sœur paternelle, convulsions de l'enfance. — Frère mort de convulsions. Peur vive au 3e mois de la grossesse, occasionnée par la vue d'un idiot. — Asphyxie à la naissance. — Première dent à 1 an. — Dentition complète à 6 ans. — Marche à 7 ans. Parole nulle. — Pas de convulsions. — Tics : grincement des dents ; mouvement de rotation du tronc. — Mastication nulle. — Gâtisme. — Mort par congestion pulmonaire.*
Autopsie : méningo-encéphalite chronique. Trigonocéphalie. — Examen microscopique.

Tron.., Georges-Ernest, né à Paris le 26 juillet 1882, a été placé à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 17 février 1890.

ANTÉCÉDENTS (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant*). — *Père*, facteur, mort à 39 ans de tuberculose pulmonaire, après une maladie de quatre ans. Il a eu la fièvre typhoïde et a conservé depuis lors un léger degré de *strabisme* convergent. — Il a fait des *excès de boissons*; il était buveur d'absinthe mais il n'en prenait pas d'une manière continue : son caractère était violent, emporté par instants et surtout après les excès de boissons ; dans ses colères il cassait tout, battait sa femme. [*Père*, 75 ans, bien portant, sobre. *Mère*, 72 ans, bien portante. Pas d'accidents nerveux

ou autres chez les *grands parents* ou *oncles* paternels et maternels. Une *sœur*, âgée de 45 ans, ne s'est pas mariée parce qu'elle est sujette à des *attaques de nerfs* sur la nature desquelles il est impossible de se renseigner; son intelligence est conservée.]

Mère, 40 ans, crémière, de physionomie régulière, toujours bien portante; elle s'est mariée deux fois, elle a eu 2 enfants du 1er lit et 4 du second. [*Père*, mort avec toute son intelligence, à 94 ans. *Mère,* 94 ans, en bonne santé. *Grand-père paternel* excès de boissons; démence sénile; mort à 60 ans. — Pas de détails sur les autres grands-parents. Un *oncle maternel* mort à la suite d'excès de boissons répétés. Un *frère* atteint d'une maladie chronique est à l'hôpital de Délémont; il marche avec deux béquilles. — 5 *sœurs* bien portantes].

Pas de *consanguinité*. (Père de Montargis, mère du canton de Berne). Inégalité d'âge de 2 ans.

Le *père* a eu de sa première femme une *fille* de 15 ans qui a été sujette à des *convulsions* de l'enfance; aujourd'hui bien portante et intelligente.

La *mère* de l'enfant a eu, de son côté, d'un premier lit 2 *enfants*: Un garçon de 14 ans un peu délicat mais intelligent et de bonne conduite; une *fille* de 10 ans et demi bien portante et intelligente.

Les parents du malade ont eu 4 enfants: 1° Un *garçon* mort à deux mois de *convulsions*; 2° *Notre malade*; — 3° Un *garçon* mort d'athrepsie à 10 mois: 4° Une *fille* morte athrepsique à 8 mois.

Notre malade. Les parents étaient bien portants au moment de la *conception* qui n'aurait pas eu lieu durant l'ivresse. Au troisième mois de la *grossesse,* la mère a eu deux *émotions* successives: l'une causée par un incendie qui éclata à côté de chez elle; la seconde provoquée par un idiot de 8 ans qui entra à l'improviste dans sa boutique, en poussant des « cris de chien. » Elle n'a pas eu de perte de connaissance, mais à partir de ce jour la vue « des affiches de cirque où il y avait des images » plus ou moins excentriques, l'impressionnait à tel point qu'elle faisait un détour pour les éviter. Cette *émotivité* a persisté pendant tout le cours de la grossesse. L'*accouchement* eut lieu à terme, sans difficultés. L'enfant était *cyanosé* à la naissance; et la sage-femme fut obligée de le flageller pour le faire respirer. Il revint à lui assez rapidement. On remarqua, à la naissance déjà la *défor-*

mation triconocéphalique de la tête (*Fig.* 5). — L'enfant fut élevé au sein par sa mère jusqu'à 6 mois puis on lui donna du lait de vache et on le plaça en nourrice. Il était bien portant à ce moment et son développement paraissait se faire normalement. Sa mère ne le revit qu'au 16me mois et ne le reprit avec elle que lorsqu'il eut 29 mois, mais pendant toute cette période sa santé fut bonne ; il n'eut pas de convulsions. On s'aperçut cependant que son développement cérébral était fort retardé. Il ne parlait pas et n'a d'ailleurs jamais parlé. On ne pouvait pas le faire tenir sur ses jambes. Le strabisme n'existait pas à la naissance et ce n'est que vers la 2me année qu'on le constata. Sa mère le garda un an chez elle puis le plaça en Suisse chez ses parents. Il restait assis dans un coin, jetant à terre tout ce qui lui tombait sous la main. Il grinçait des dents jour et nuit, même pendant le sommeil.

Il grimaçait continuellement, ouvrant et refermant la bouche, roulant les yeux, inclinant sa tête de tous côtés et exécutant un mouvement de rotation du tronc sur le bassin. Son sommeil était de courte durée : couché à 6 heures du soir, il se réveillait à 2 heures du matin, s'asseyait sur son lit et recommençait ses mouvements du tronc et de la tête. Il chantonnait quelquefois ; sa mère prétend qu'il a retenu plusieurs airs que son frère jouait sur la flûte.

Tr... n'était pas gourmand. Il ne mangeait que sa soupe, d'ailleurs il ne pouvait pas mâcher et n'a jamais su se servir de ses dents pour la mastication. — Pas de rumination. — Il a toujours été gâteux. Lorsqu'il était en colère, il se cognait la tête de son poing, se roulait à terre. Il reconnaît un peu son frère et peu ou pas sa mère.

Il n'a jamais eu de maladie infectieuse d'aucune sorte ; il n'a pas eu d'otite. De 15 à 19 mois il a été sujet aux conjonctivités catarrhales qui n'ont d'ailleurs pas laissé de traces.

Etat actuel. Enfant de taille moyenne (96 centim.), d'aspect chétif. Il pèse 20 kg. à l'entrée. Il est un peu émacié et présente un léger degré de cyanose des extrémités avec des plaques rougeâtres sur les joues et le nez.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'*instabilité* du malade. A chaque instant il étend la tête, la renverse en arrière, l'infléchit sur son épaule, ou lui fait exécuter des mouvements de rotation de gauche à droite. — Le tronc participe aussi parfois à ces mouvements. De temps à autre il élève les bras en renversant les mains en arrière et en imprimant des mouve-

ments successifs de supination et de pronation à ses avant-bras. Ses membres inférieurs restent par contre immobiles et il ne cherche pas à quitter sa chaise. Il pleure et pousse des cris sans raison. — La peau est glabre. Les cheveux sont blonds, régulièrement implantés.

Le *crâne* présente un aspect prismatique très accusé. C'est un beau type de *déformation trigonocéphalique* (*Fig.* 5). La base du prisme est constituée par la région occipitale fortement aplatie. L'arête antérieure répond à la région frontale du crâne qui offre une saillie très marquée et un peu arrondie tandis que les bosses frontales sont aplaties et se continuent sur le même plan avec la région pariétale formant ainsi la face latérale du prisme crânien. La voûte du crâne est aplatie; malgré la déformation, il n'y a pas d'asymétrie très marquée. Les fontanelles et les sutures sont oblitérées. Voici les principales mensurations de la tête :

Circonférence horizontale maxima	47
1/2 circonférence bi-auriculaire	51
Distance de la glabelle à l'articul. atl. occi	36
Diam. ant. post. maxima	17
Diam. bi-auriculaire	15.5
Diam. bi-pariétal	19.5
Indice céphalique	87

Le front est assez élevé. L'enfant se frappe souvent la tête contre les murs ou le sol; il présente au niveau de la saillie frontale médiane de petites ecchymoses qui sont la conséquence de ces traumatismes. Les arcades sourcillières participent à la déformation frontale. Elles s'effacent sur les côtés en se continuant sans ressaut avec la région temporale.

Yeux. L'enfant présente un légers *trabisme convergeant* de 15 à 20°. Ce strabisme s'exagère par instants. Les mouvements de latéralité, d'abaissement et d'élévation des globes oculaires sont possibles et on ne constate pas de phénomènes paralytiques, limités à un groupe musculaire ou à un nerf oculo-moteur. Ce strabisme ressemble cliniquement au strabisme concommittant. Pas de nystagmus. Iris gris bleuâtre. Pupilles égales ; réactions pupillaires normales. Pas de lésion du fond de l'œil. Tron.. voit les objets qu'on lui présente. Il reconnaît son frère. Il est impossible de faire l'examen méthodique de l'acuité visuelle, du sens des couleurs, de la diplopie, etc.

Nez droit. Il est impossible d'avoir des renseignements sur l'état du sens olfactif.

Bouche régulière. Pas de déformation de la langue, du

palais, de l'isthme pharyngien. — Le *goût* ne semble pas différentié : l'enfant ne distingue pas la saveur du sucre de celle du sel.

Dentition. Mâchoire supérieure. Les deux incisives médianes sont crénelées, assez écartées l'une de l'autre. Les canines et prémolaires de lait, les incisives latérales sont tombées laissant un espace vide. La 1re molaire de 7 ans est sur le point de faire son éruption. — *Mâchoire inférieure :* 4 incisives permanentes serrées, émoussées sur leur bord lisse. Canines et prémolaires de lait. Les 1res molaires sont en éruption. L'articulation est mal fixée et irrégulière. Les dents du fond de la bouche se rencontrent seules. Les dents antérieures de la bouche laissent entr'elles un espace vide. — *Gencives* en assez bon état.

Tron... ne sait pas saisir les aliments avec les lèvres; on est obligé de les lui introduire dans la bouche et il les avale sans les mâcher. Pas de vomissements ni de rumination

Oreilles. Le pavillon de l'oreille est assez grand, légèrement écarté du crâne. Pas de déformation de l'hélix, de l'anthélix ou du lobule. L'ouie parait normale.

Les *membres supérieurs* ne présentent ni déformation, ni atrophie musculaire, ni troubles de la sensibilité. — T... ne peut rien tenir de ses doigts qui cependant sont normaux. Quand on le fait manger il ne prend même pas le pain qu'on lui présente.

Les *membres inférieurs* sont bien conformés. Il existe un léger état de raideur habituelle des membres inférieurs et surtout des pieds qui sont un peu déviés en bas et en dedans. On ne peut examiner l'état des réflexes, le malade contractant ses jambes dès que l'on veut percuter le tendon. Pas de troubles de la sensibilité. La marche est assez difficile; T... est peu solide sur ses jambes et il tombe souvent lorsqu'on ne le soutient pas.

Organes génitaux. La verge est assez développée, le prépuce est long et le gland difficilement mis à découvert. Un seul testicule dans les bourses; le second n'est pas même dans le canal. L'anus est normal. Pas de cicatrices.

Le 28 *octobre* 1890 au matin, subitement, le malade s'est affaissé sans perdre connaissance. La veille, il semblait encore bien portant et ne présentait rien d'anormal. On le descend à l'infirmerie.

A 9 heures 1/2 nous constatons les phénomènes suivants : la

face est pâle ; la perte de connaissance est complète. Le malade est dans le coma ; il est couché dans le décubitus dorsal, et on note une certaine raideur dans les membres inférieurs ; les membres supérieurs sont flasques, légèrement cyanosés. Au niveau des pieds la cyanose est encore plus marquée et l'on constate la présence d'engelures ulcérées au niveau des orteils.

La respiration est lente, irrégulière, légèrement stertoreuse ; les battements cardiaques sont intermittents et ralentis. Des râles sibilants et sous-crépitants existent dans toute l'étendue des poumons. Le pouls est imperceptible ; la température centrale, qui était de 36° le matin, s'élève à 37°,8 quelques instants avant la mort.

Les pupilles sont égales et présentent des alternatives de dilatation et de constriction. La papille est injectée, les vaisseaux rétiniens sont légèrement dilatés.

Cet état persiste sans modifications jusqu'à la mort qui survient à 5 heures du soir. — La température descend à 37°, un quart d'heures après la mort et à 36°,3 une heure après.

AUTOPSIE le 30 octobre 1890 (40 heures après la mort). — Le corps est émacié et ne pèse plus que 14 kgr. 700. — *Tête.* — Le *cuir chevelu* est mince, la *calotte crânienne* offre une épaisseur très peu considérable surtout au niveau des bosses pariétales. Elle présente la déformation trigonocéphalique décrite plus haut *(Fig.5)*. Les sutures et fontanelles sont ossifiées. La base du crâne est légèrement asymétrique. Le trou occipital est régulier. La *dure-mère* est extrêmement adhérente au crâne, surtout au voisinage des sutures. Les sinus cérébraux sont normaux.

La *pie-mère* est le siège d'une vascularisation uniforme très-marquée. Le long de principaux vaisseaux on constate des trainées blanchâtres correspondant à un épaississement de cette membrane, mais on ne trouve ni granulations tuberculeuses, ni œdème cérébral. — La pie-mère est adhérente à elle-même dans tous les points où elle se trouve en contact. Cette adhérence est très marquée au niveau de la face interne des lobes frontaux. Cette membrane présente un épaississement très marqué et des adhérences très prononcées et irrégulièrement réparties avec la substance corticale sous-jacente. — La décortication des circonvolutions se fait avec beaucoup de difficulté et la pie-mère entraine avec elle une grande partie de la substance corticale des circonvolutions. Au niveau de l'*hémisphère gauche*, les adhérences sont

surtout marquées dans toute l'étendue du lobe frontal, sur les lobes pariétaux supérieur et inférieur, sur le pli courbe et à l'extrémité postérieure du lobe temporal. Elles n'existent pas sur le lobule de l'insula, sur la face interne des lobes temporaux, occipitaux, sur le lobe paracentral et quadrilatère. Au niveau de l'*hémisphère droit* l'épaississement et l'adhérence méningée existent sur presque toute son étendue respectant toutefois les faces interne et externe des lobes temporaux et occipitaux. La substance corticale s'enlève presque complètement avec la pie-mère lorsqu'on décortique les circonvolutions rolandiques et les lobules pariétaux.



Fig. 5.

La *pie-mère cérébelleuse* et *bulbaire* est mince; elle se décortique facilement sans entraîner avec elle de susbtance nerveuse.

Les *hémisphères cérébraux* présentent dans leur ensemble la forme d'un cœur correspondant à la déformation crânienne, la pointe étant constituée par les deux lobes frontaux, effilés, la base, par toute la région pariétale et occipitale des hémisphères. — Après décortication la substance cérébrale est molle, déchiquetée ; elle présente une coloration rosée plus marquée qu'à l'état normal. On reconnait à l'œil nu, en différents points, un petit piqueté hémorragique dans l'épaisseur de la substance

corticale. — Les *ventricules cérébraux* ne sont pas dilatés. La quantité de *liquide céphalo-rachidien* paraît normale.

Au point de vue morphologiqne, les *circonvolutions cérébrales* n'offrent pas d'anomalies. La troisième frontale gauche est bien développée. Il n'y a ni atrophie ni hypertrophie partielle des circonvolutions de la face externe ou interne des hémisphères. — Les *noyaux gris centraux,* le *corps calleux* paraissent normaux à l'examen macroscopique. — La *glande pinéale,* le *corps pitulaire* ne sont le siège d'aucune lésion.

Poids de l'encéphale	1400 gr.
Hémisphère cérébral gauche	610 »
-- droit	610 »
-- cérébelleux gauche	80 »
-- droit	80 »
Bulbe et protubérance	10 »

La *moelle épinière* et les *méninges* rachidiennes (20 gr.) ne présentent pas de lésions macroscopiques.

Abdomen. Le *foie* est normal (590 gr.). La *rate* n'est pas hypertrophiée (70gr). Les *reins* sont normaux et pèsent, le gauche 45 gr., le droit 50 gr. Le *pancréas* est normal (15 gr.). Pas de lésion des organes *génito-urinaires*.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (1). Les centres nerveux ont été durcis dans le liquide de Müller et dans l'étuve à 33°, ce qui a permis d'obtenir un durcissement parfait en moins de 20 jours. — De petits fragments ont été placés directement dans la solution d'acide osmique à 1 °/o pendant 24 heures, puis lavés à l'eau et immergés dans l'alcool pendant quelques heures. Ces fragments ont été ensuite coupés en tranches fines et examinés sans coloration ou après coloration par le picrocarmin ou l'hématoxyline. — Ce procédé de fixation par l'acide osmique après durcissement dans le liquide de Müller nous a été indiqué par M. le Docteur Brault. Il donne des résultats excellents. La myéline se colore un peu moins fortement que lorsqu'on fait agir l'acide osmique sur la pièce fraîche, mais la pénétration du réactif est plus uniforme. Il est facile de mettre en évidence les corps granuleux, ainsi que la dégénération graisseuse des cellules nerveuses ou des parois vasculaires. On peut aussi colorer le cylindre-axe par l'hématoxyline d'après la méthode de Pall. On obtient ainsi des

(1) Cet examen a été fait par M. MORAX.

coupes parfaites et dont tous les détails seront faciles à étudier.

Nous avons dit que les lésions méningées n'étaient point uniformes et que l'épaississement et les adhérences méningées présentaient une disposition irrégulière.

Au niveau des points où les lésions sont les plus accusées, la pie-mère atteint une épaisseur assez considérable. Cet épaississement est dû à une hyperplasie fibreuse de la membrane et à la dilatation des vaisseaux. Les faisceaux conjonctifs ont conservé leur direction parrallèle, mais ils sont en plus grand nombre et contiennent en abondance des globules rouges extravasés ou des granulations pigmentaires. Le nombre des cellules conjonctives est également augmenté. En certains points on constate aussi de petits ilôts de corps granuleux.

Les vaisseaux de la couche interne de la pie-mère sont fortement dilatés et leurs parois sont notablement épaissies. On ne trouve pas dans leur gaîne, ni d'ailleurs dans les autres parties de la pie-mère ou de l'écorce cérébrale, d'amas leucocytiques témoignant d'une inflammation aiguë. Au niveau des points où la pie-mère pénètre dans les scissures, il existe entre les deux feuillets de la pie-mère un exsudat organisé, constitué par des mailles de tissu fibrillaire dont les espaces sont occupés par des globules rouges altérés ou des cellules conjonctives pigmentées. Quelques vaisseaux, partant de la face externe de la pie-mère, pénètrent dans ce tissu de néoformation. — Les altérations de l'écorce cérébrale sont essentiellement des lésions de congestion chronique. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la richesse du réseau capillaire. Les capillaires sont dilatés dans toute leur étendue. Il en est de même des vaisseaux de calibre plus considérable. Ceux-ci présentent des parois un peu épaissies et accolées au parenchyme cérébral. La gaine lymphatique périvasculaire a disparu, excepté dans les points où il existe une extravasation de globules rouges. — On ne trouve pas de leucocytes autour des vaisseaux qui pénètrent dans la substance cérébrale. En quelques points, peu nombreux il est vrai, le vaisseau est complètement oblitéré et transformé en un faisceau fibreux. Les cellules des parois vasculaires sont très fortement pigmentées. — Nous avons déjà signalé l'existence de petits foyers hémorrhagiques dans la couche moyenne de la substance grise, apparaissant à l'examen macroscopique, sous la forme d'un piqueté rouge brunâtre. Au microscope, on voit que ces foyers siègent dans la gaine périvasculaire considérablement dilatée, et qu'ils sont

constitués par des globules rouges altérés et des amas pigmentaires entourant le vaisseau dont la lumière est plus ou moins obstruée.

Quant aux lésions des éléments nerveux proprement dits, voici en quoi elles consistent : la couche superficielle des fibres parallèles est atrophiée ; en certains points, elle a disparu complètement. Les cellules présentent des altérations très marquées. Elles sont atrophiées ou offrent, au contraire, la dégénérence vacuolaire. On en voit dont l'espace percellulaire est considérable alors que la cellule ne forme qu'une petite masse irrégulière dont les prolongements ont presque disparu. A côté de ces cellules dégénérées, il subsiste cependant des cellules dont l'aspect est normal ; elles sont en petit nombre. Les cellules de la névroglie sont normales. Nous n'avons nulle part trouvé de foyers de sclérose superficiels ou profonds dans la substance corticale des hémisphères. L'épendyme des ventricules cérébraux est lisse, régulier. On ne retrouve en aucuns points ces petites granulations fibreuses si fréquentes dans la paralysie générale.

Nous avons examiné dans toute sa hauteur le bulbe et la protubérance. Pendant la vie on avait constaté un strabisme convergent très net, et il était important de savoir si ce trouble était attribuable à une lésion des noyaux oculo-moteurs. Nous avons donc étudié d'une manière toute spéciale et dans toute leur étendue les noyaux de la 3me, 4me et 6me paire, et nons n'avons reconnu *aucune lésion* des cellules ou des fibres unitives de ces noyaux. Les nerfs oculo-moteurs ont été de même examinés soit par dissociation, soit par section transversal dans leur trajet intracrânien et à leur émergence du bulbe. Le résultat a été négatif également. Sur des coupes transversales de tout le contenu de l'orbite, à un centimètre en avant de son sommet, nous avons pu constater l'intégrité et la symétrie des nerfs et muscles oculo-moteurs des deux côtés. Le nerf optique ne présente pas de lésion de ses gaines ou des fibres nerveuses qui le constituent.

Les *méninges rachidiennes* et la *moelle* ne présentent aucune lésion. La pie-mère spinale a son épaisseur normale et il n'y a pas de traces de sclérose des faisceaux pyramidaux. Nous ajouterons aussi qu'au niveau du bulbe, de la protubérance et du cervelet, la pie-mère est absolument normale.

I. — Le père et la mère se sont mariés chacun deux fois. Les enfants du premier lit de la mère n'ayant pas eu de convulsions, tandis que ceux du premier lit du père en ayant eu, on est naturellement enclin à attribuer aux *excès de boisson* du père les accidents nerveux chez le malade et chez un de ses frères.

II. L'*impression maternelle* vive et prolongée de la mère durant la grossesse mérite d'être relevée.

III. Notons ensuite l'*asphyxie* à la naissance, cause que nous avons souvent mentionnée, l'absence de tout développement intellectuel, l'apparition du strabisme sans convulsions; les grincements de dents; les mouvements de *balancement*, l'habitude de se frapper et de se cogner la tête qu'avait l'enfant; les accès de colère et de cris, la brièveté du sommeil, enfin les troubles *vaso-moteurs*, ensemble symptomatique qui nous paraît de nature à conduire, pendant la vie, au diagnostic d'*diotie méningo-encéphalitique.*

IV. — Ce qui frappait le plus à l'examen de T... c'était la *déformation trigonocéphalique* dont son crâne présentait un très beau type. Cette déformation est relativement rare et dans l'espèce il est fort difficile de savoir à quoi la rapporter. Il n'existe pas chez la mère de déformation du bassin et l'accouchement s'est fait sans difficulté ce qui exclut l'idée d'une présentation vicieuse *(Fig. 5).*

V. Le *strabisme* convergent constituait un symptôme physique important dont l'étude anatomique n'offrait un intérêt tout particulier. Il est très fréquent d'observer le strabisme chez les idiots. Le plus souvent on note son apparition après un état de mal convulsif ou de simples convulsions internes. Dans ce

cas là, il est facile de voir que la déviation oculaire paraît correspondre à un trouble nerveux unilatéral : paralysie ou parésie. Nous n'avons malheureusement pas pu étudier les lésions dans des cas semblables et il eut été fort important de pouvoir comparer ces faits avec celui que nous étudions. Chez notre malade, la déviation oculaire s'est installée insidieusement, en dehors de phénomènes cérébraux aigus ; elle avait le caractère clinique du strabisme concomittant ; elle consistait en une exagération de la convergence ; le malade avait l'air en effet de fixer l'extrémité de son nez. Nous avons dit que ce strabisme s'exagérait par instants. Il nous paraissait donc lié à un trouble nerveux de l'appareil de convergence. L'absence complète de lésions bulbaires et périphériques du système moteur oculaire et des muscles de l'œil, l'existence au contraire d'une lésion corticale très marquée au niveau des régions pariétales et occipitales nous autorisent, croyons-nous, à donner de ce strabisme l'explication suivante : Il n'existe pas de faits indiscutables établissant la possibilité de paralysie oculaire en rapport avec les lésions cérébrales unilatérales ou bilatérales. Nous savons au contraire que dans certains cas, il se produit une contracture passagère du système musculaire de convergence, c'est ce qui à lieu au début de l'attaque d'épilepsie ou d'hystérie (pendant la phase des contractions toniques). M. Parinaud a démontré l'existence de troubles analogues en l'action de l'attaque dans l'hystérie, troubles qui sont caractérisés par une contracture du système de convergence. Dans tous ces cas, il est rationnel d'attribuer à ce trouble une origine corticale. Nous serions donc enclin à envisager le strabisme qui existait chez notre malade comme le résultat d'une excitation produite au niveau des centres occuto-moteurs corticaux. Cette explication théorique semble confirmée par le fait que le strabisme

disparut complètement au moment de l'apparition du coma à la suite duquel le malade a succombé.

IV. Au point de vue des *lésions macroscopiques*, on pourrait être tenté de rapprocher les altérations méningées de celles de la paralysie générale. Mais l'examen microscopique de ces lésions montre qu'elles en diffèrent par bien des points. Les lésions inflammatoires, dans le cas qui nous occupe, prédominent au niveau de la pie-mère. On ne retrouve pas autour des vaisseaux qui pénètrent dans la substance corticale cette infiltration lencocytique dont M. Klippel a montré la fréquence dans la paralysie générale. Les lésions des parois des vaisseaux de l'écorce cérébrale sont essentiellement dégénératives. Enfin la dégénérescence des cellules nerveuses apparait comme un phénomène secondaire, consécutif aux lésions des vaisseaux et non comme un phénomène primitif, ce qui est le cas dans la paralysie générale. — Nous nous basons pour donner cette interprétation, sur l'absence de lésions cellulaires dans la région où la pie-mère n'est pas altérée. Dans la paralysie générale, M. Klippel a fait voir que ces lésions cellulaires étaient ordinairement diffuses et qu'on les retrouvait en des points où les lésions méningées n'existaient pas encore.

VI.

Idiotie complète; Epilepsie; mal de Pott vertébral;

PAR BOURNEVILLE ET ISCH-WALL.

SOMMAIRE.—*Père sujet aux bronchites; fistule anale; vertiges.— Grand père paternel alcoolique. — Tante bossue. — Emotions pendant la grossesse. — Accouchement normal. — Convulsions du 15e jour de la naissance à 15 mois. — Apparition des crises épileptiques à 2 ans. —Pieds-bots équins survenus quand l'enfant a commencé à marcher. — Gâtisme complet à l'entrée; voracité; tics : balancement; mouvements des bras. — Onanisme. — Accès de colère. — Rougeole. en* 1881. *— Légère amélioration intellectuelle. — Roséole syphilitique. — Adénites cervicales. — Mal de Pott dorsal. — Amaigrissement progressif. — Diarrhée. — Pas de troubles oculaires, ni paralysies, ni contractures. — Accès épileptiques. — Coma. — Mort.*

Autopsie. — Tuberculisation des poumons, des ganglions trachéaux, de la pie-mère. — Tubercules assez nombreux à la base du cerveau. — Œdème de la pie-mère. — Liquide céphalo-rachidien abondant dans les ventricules. (Hydrocéphalie symptomatique).

Jans...(Jean Guillaume), né à Paris le 8 février 1872, entré le 19 avril 1877, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), est décédé le 17 juin 1886.

Renseignements fournis par sa mère (16 décembre 1885). — *Père,* 37 ans, mécanicien, intelligent, sobre, petit, très nerveux, sujet à des faiblesses; il devient tout blanc, mais ne perd pas complètement connaissance; cela se produit sous certaines influences, quand il y a trop de feu, par exemple, etc. Bronchites tous les ans, sans hémoptysies. Il y a 9 ans, il a eu une *fis-*

tule anale qui ne s'est fermée qu'en septembre dernier. [*Père*, sculpteur sur bois et marbre, mort en 1880, d'une bronchite, faisait des *excès de boisson*. — *Mère*, morte on ne sait de quoi. — Deux *frères* bien portants, l'un à deux filles jouissant d'une bonne santé, n'ayant jamais eu de convulsions. — Deux *sœurs* l'une, morte on ne sait de quoi, était *bossue*; l'autre est bien portante, sans enfants. — *Grand'mère maternelle*, âgée de 90 ans, jouissant de toute sa raison. — Pas d'épileptiques, de paralytiques, pas d'autres difformes, pas d'aliénés, de suicidés, de criminels dans la famille.]

Mère, 26 ans, blanchisseuse, sobre, intelligente, bien portante assez grande, forte, n'a jamais eu de migraines ni d'accidents nerveux. — [*Père*, 63 ans, blanchisseur, bien portant, sobre. — *Mère*, 50 ans, en bonne santé, blanchisseuse, pas d'accidents nerveux. Deux *sœurs*, bien portantes, non mariées sans enfants ; une 3e est morte à 15 jours d'une bronchite. — *Grand-père maternel* mort à 85 ans. — Une *tante* maternelle a 80 ans et est bien portante. Aucun autre renseignement sur les grands parents. — Pas d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, etc.

Pas de consanguinité. — *Inégalité d'âge de 8 ans*.

Quatre *enfants* : 1° Notre malade ; — 2° Garçon mort à 3 ans d'une hernie étranglée (?) avec hydrocèle: pas de convulsions; — 3e Une fille, âgée de 2 ans, bien conformée, n'a pas eu de convulsions; — 4e Une fille morte en venant au monde probablement à la suite d'une version.

Notre malade. — Rien de particulier lors de la *conception*. — Au début de la *grossesse*, qui coïncida avec les derniers jours de la Commune, la mère eut de vives émotions dues à ce que dans son quartier il tombait beaucoup d'obus, et qu'elle vit beaucoup d'hommes fusillés; pas d'alcoolisme ni de traumatisme, etc. —*Accouchement* à terme, naturel, sans accidents convulsifs, sans chloroforme (1). — A la *naissance*; l'enfant était *bien conformé* et n'était pas asphyxié. Elevé en nourrice, dans le Morvan, au biberon.

Vers le 10e ou le 15e jour sont survenues des *convulsions*

(1) Des auteurs ont attribué une influence à l'anesthésie des femmes en couches par le *chloroforme*. Nous n'avons jamais relevé *un seul* exemple à l'appui. Cette pratique, si commune dans certains pays, en Angleterre entre autres, est très rare en France (B).

qui se manifestèrent chaque jour et furent très violentes. Parfois l'enfant restait sans connaissance pendant longtemps. — On ne sait si ces convulsions prédominaient d'un côté. Elles ont persisté avec la même fréquence jusqu'à l'âge de 15 ou 16 mois, puis elles ont cessé vers 2 ans, où débuta l'*épilepsie* : « il venait tout d'un coup à moi, dit sa mère, comme si quelqu'un lui faisait peur. » — Cri, perte de connaissance; puis, au bout d'une demi-minute, long soupir, retour de la conscience, ni bave, ni morsure, ni miction. Pas d'autres détails. Ces crises venaient tous les mois, tous les deux mois. — Dans les derniers temps de son séjour à la maison, il en avait 3 par semaine. Les crises n'auraient pas changé de caractère, jusqu'à l'admission.

A la naissance, les pieds étaient bien conformés. A 18 mois, il a commencé à marcher sur la pointe des pieds. Il aurait marché à peu près seul à 20 mois; sa mère prétend que c'est ici que ses pieds se sont déformés.

A l'entrée, gâtisme complet, parole nulle. — J... ne savait pas manger avec la cuiller, ni se laver; comme nous le verrons, il tétait sa lèvre inférieure. — Onanisme dès 3 ans. Voracité, surtout pour le chocolat; pas de salacité; balancement du tronc d'avant en arrière; habitude d'allonger et de retourner ses bras. — Accès de *cris*, sans cyanose, dit sa mère : c'était un cri presque continuel. Parfois accès de colère à se pâmer; il devenait bleu. »

Il était affectueux, « très amitieux ». Sa mère prétend qu'il a toujours eu un certain degré de compréhension. Ainsi, il semblait comprendre qu'il faisait mal quand il se masturbait. Il n'a jamais eu de kleptomanie. — L'enfant n'est pas sorti pendant les 18 derniers mois qu'il a passés chez sa mère. Il marchait alors plus mal et ses pieds s'étaient retournés davantage.

1880. 26 *juin*. L'enfant ne parle pas: il suce ses doigts, et se balance sur sa chaise; il a l'habitude de flairer les aliments qu'il repousse s'ils lui déplaisent. Pas d'onanisme. Il ne gâte que la nuit. — *Poids*: 18 kgr. 700; *Taille*: 1^{m} 10.

Du 2 *août* au 17 *septembre*, l'enfant a été soumis à des inhalations d'*Iodure d'étyle* pendant une à trois minutes. Sommeil et congestion de la face au bout d'une minute.

1881. 20 *janvier*. Rougeole (V. dans le *Compte-rendu du service pour 1881*, la relation d'une épidémie de rougeole, etc., p. 105, avec *la figure* représentant la marche de la température chez Jean...)

5 *février.* On constate la présence de quelques adénites cervicales consécutives à la rougeole. Elles disparaissent quelques jours plus tard.

17 *juin.* Jan... ne gâte plus, mais il ne peut encore parler.

31 *juillet. Poids*: 20 kgr. 800. — *Taille:* 1m 11.

5 *septembre.* L'enfant reste à l'infirmerie jusqu'au 20 septembre pour une *entérite.*

1882. 12 *juin.* — *Poids.* 21 kgr. — *Taille* : 1m 17. — L'enfant continue à ne plus gâter. Il a appris à se servir d'une cuiller, et même un peu de la fourchette, à se déshabiller et à s'habiller. Il commence à se laver. — La *parole* est à peu près nulle. — Jan... est assez affectueux, mais sujet à des *accès de colère.* — *Tics:* balancement du tronc d'avant en arrière et latéralement; tournoiement rapide de la tête avec chantonnement. — Onanisme assez fréquent. — Le *traitement* consiste toujours en toniques, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, exercices de gymnastique, leçons de choses, et 2 bains salés par semaine.

7 *octobre.* Syphilides papulo-squameuses discrètes au cou, confluentes sur la partie postérieure du thorax. On trouve de rares papules sur les fesses les cuisses, le sternum, le ventre, le bras gauche (face interne) et 2 papules à la racine de la verge, Le gland, le prépuce sont sains. — Adhérences sur le côté gauche du gland. — Adénites cervicales et inguinales. Rien à la gorge, à la bouche, ni à l'anus. — *Traitement*: Sirop d'iodure de fer. Vin de quinquina.

26 *octobre.* Les papules persistent. — Nombreuses adénites cervicales et sous-maxillaires. Rien à l'anus ni à la bouche, ni aux lèvres. Pas de croûtes du cuir chevelu. Pas d'alopécie. Traitement spécifique.

9 *décembre.* Les syphilides papulo-squameuses diminuent.

1883. 2 *janvier.* La roséole a presque complètement disparu.

31 *janvier.* Adénites cervicales assez volumineuses surtout à droite. Le testicule gauche est notablement plus gros et plus dur que le droit.

23 *avril.* Sur le bord cubital de l'avant-bras, on trouve une grosseur de 2 cm. de diam. au niveau de laquelle la peau est légèrement rosée, molle et vaguement fluctuante. Une ponction exploratrice ramène du pus.

14 *juin.* — On incise l'abcès, il s'écoule une cuillerée de pus crémeux et verdâtre.

7 *juillet*. — Le 5 juillet au matin, on s'est aperçu que l'enfant avait de la difficulté à marcher, on l'a couché et on a trouvé une *saillie* au-niveau de l'apophyse épineuse de la 8e vertèbre dorsale qui est un peu déjetée à droite. La percussion à ce niveau parait douloureuse. — L'enfant marche avec difficulté, comme s'il souffrait, il a les cuisses fléchies, il faut lui tenir les deux mains. Il marche sur la pointe des pieds ce qui est dû à l'existence de son double *pied bot équin*. Malgré cette difformité, il marchait seul auparavant. Les réflexes rotuliens sont peu prononcés, ils prédominent un peu à gauche. — *Traitement*. — L'enfant prend des douches depuis 5 ou 6 jours et une demi-cuillérée à bouche d'une solution de phosphate de chaux.

9 *juillet*. — On supprime les douches qui paraissent être douloureuses.

ÉTAT ACTUEL. 10 *Juillet*. — Tête assez forte. La région occipitale est légèrement saillante ; aplatissement assez marqué au niveau de la jonction de l'occipital avec les pariétaux ; cet aplatissement prédomine à droite. Bosses pariétales volumineuses, égales. *Front* haut, légèrement déprimé sur les côtés ; bosses frontales inégales, la droite un peu plus grosse que la gauche. Arcades sourcillières très déprimées. — *Oreilles* petites, bien ourlées, lobule à peine distinct.

Circ. horizontale maxima de la tête............	51 cm
Grand diamètre transversal.....................	14 cm 3/4.
Grand diamètre antéro-postérieur...............	16 cm 1/2.
Demi-circonf. verticale bi-auriculaire..........	31 cm 1/2.

Blépharite ciliaire, pas de taches de la cornée, léger strabisme interne. — *Nez* droit, assez petit, narines horizontales. Les régions malaires paraissent égales. *Menton* rond, fossette peu apparente ; *bouche* assez large, lèvres épaisses. — Voûte palatine large et plate ; laluette est volumineuse et longue.

Dentition. — Mâchoire supérieure : 2 dents molaires et canines, dents de lait, le reste permanentes. Mâchoire inférieure : 12 dents ; canines et molaires de lait, les autres dents sont également des dents de lait. Incisives centrales déchaussées par de l'ostéo-périostite, recouvertes de tartre et de mucus. Articulation normale.

Le *cou* est court. Le *rachis* offre au niveau de la 8e dorsale la déformation que nous avons notée précédemment. Le thorax, en avant, ne présente pas de malformations. — L'*abdomen* et le *bassin* sont normaux ainsi que les membres supérieurs.

Circ. au niveau de l'aisselle		17 cm
—	du poignet (à gauche)	13 cm
—	— (à droite)	12 cm

Membres inférieurs. — Le genou gauche est souple ; le droit est demi-rigide. La jambe correspondante est demi-fléchie. Les jambes sont relativement moins développées que le reste du corps.

Mensuration des membres inférieurs.

Circonférence à l'aine (droite)	30 cm. 1/2
-- (gauche)	31 cm. 1/2
Circonférence à 10 cm. au-dessus du genou (droit)	26 cm. 1/2
-- (gauche)	28 cm.
Circonférence à 10 cm. au-dessous du genou (droit)	18 cm. 1/2
-- (gauche)	18 cm. 2/3

Les pie ds sont dans l'adduction et l'extension forcée. Il est impossible de les redresser, l'adduction est très limitée. (*Pieds bots équins*).

Organes génitaux. Le testicule gauche est moitié plus gros que le droit, mais il ne paraît pas douloureux, quelques légères adhérences à la base du prépuce.

Adénites cervicales multiples. L'abcès de l'avant-bras gauche est en voie de cicatrisation.

Digestion. Appétit bon ; pas de voracité ni de salacité ; mastication régulière : ni bave, ni succion ; selles régulières, normales.

L'*appareil respiratoire* ainsi que l'*appareil circulatoire* ne présentent rien de particulier.

L'*odorat* semble obtus. Les autres sens sont intacts. L'enfant reconnaît son père, sa mère. Il est susceptible d'attention. Il retient assez bien certains airs. Il peut prononcer quelques mots tels que papa, maman, dodo, et en prononçant ce dernier il montre son lit. Il reconnaît les différentes personnes du service et dit leurs noms d'une façon confuse.

20 *décembre*. La *gibbosité* s'accroît, elle est anguleuse. On endort l'enfant au chloroforme pour lui appliquer des pointes de feu. Quand on commence à l'endormir, on voit survenir une trépidation épileptoïde du membre supérieur gauche qui n'est pas arrêtée par une compression forte exercée sur ce membre.

1884. 6 *avril*. L'enfant a beaucoup maigri. Du 31 janvier au 26 avril il est tombé de 19 k. 300 à 17 k. 100. Les côtes sont saillantes, les dépressions sus et sous-claviculaires très prononcées. La *gibbosité* s'est accentuée. Elle occupe une

grande partie de la région dorsale, La partie culminante est formée de trois apophyses épineuses, Au-dessus d'elle on remarque une dépression profonde, limitée de chaque côté par les omoplates. Sa longueur totale mesure 14 centimètres. L'enfant se plaint de douleurs dans le dos. Toux sèche et fréquente. L'amaigrissement continue.

6 *mai*. Diarrhée assez abondante qui a commencé à se manifester pendant la nuit.

27 *mai*. Le malaise a cessé. L'enfant paraît reprendre un peu.

22 *juillet*. L'enfant est faible, il ne peut même pas se tenir assis sur son lit. Il se sert très bien de ses bras. Le foie déborde un peu les fausses côtes et le réseau veineux abdominal est légèrement développé.

5 *décembre*. L'enfant est très gai on le fait lever et marcher sur une aléze. Soutenu, il s'avance lentement marchant sur la pointe des pieds, les jambes sont droites, mais les cuisses sont infléchies; un peu de raideur dans les genoux. Jean... qui avait conservé le lit sera levé tous les jours. *Traitement :* Continuer le sp. d'iod de fer (2 cuillerées), l'huile de foie de morue (2 cuillerées), et les bains salés (2 par semaine).

1885. *Janvier. Poids :* 17 k. 500. Etat stationnaire. Applications répétées des pointes de feu, etc.

1886. *Janvier. Poids* : 13 k. 50; *taille* : 1 m. 17.

17 *juin*. L'avant-dernière nuit, l'enfant a eu 4 accès ; hier, deux accès suivis d'abattement, non de coma. Le matin à 7 h. il était encore très abattu, la respiration était pénible, irrégulière, le pouls faible, incomptable. Cependant J. a demandé du lait. et a pu porter lui-même son goblet à sa bouche. Les yeux sont clos; de temps en temps il les ouvre et parait reconnaitre les personnes de l'infirmerie. A 8 h. la respiration est devenue irrégulière, les yeux sont restés fermés, il est tombé dans le coma et à 9h. il a eu 3 secousses et est mort. *Poids* : 14 k. 700. — T. 1/4 d'heure après la mort : 37° 4; 1 heure après . 35°; — 2 heures après : 34°, 5.

	1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertie.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.
Janvier	2	»	25	»	41	»	15	»	»	»	8	»	»	»	4	»	9	»
Février	»	»	25	»	7	»	4	»	7	»	»	»	1	»	10	»	5	»
Mars.......	»	»	14	»	3	1	10	»	13	»	1	»	9	»	»	»	17	»
Avril.......	6	»	13	»	4	»	6	»	16	»	1	«	11	»	2	»	49	»
Mai	13	»	29	»	15	»	3	»	14	»	6	»	15	»	3	»	17	»
Juin	6	»	10	»	»	»	1	»	»	»	9	»	12	»	5	»	15	»
Juillet;.....	11	»	16	»	3	»	»	»	2	»	5	»	6	«	»	»		
Août.......	37	»	7	»	13	»	1	»	2	»	2	»	8	«	16	»		
Septembre .	4	»	16	»	9	»	2	»	7	»	1	»	11	1	15	»		
Octobre	16	»	16	»	6	»	»	»	1	»	1	»	3	«	29	»		
Novembre .	17	»	12	»	7	»	3	»	2	»	1	»	1	«	17	»		
Décembre..	20	»	27	»	8	»	4	»	»	»	»	»	4	«	14	»		
	132	»	210	»	106	1	49	»	64	»	35	»	81	1	155	»	112	»

	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
	Novembre.	Août.	Juillet.	Juin.	Janvier.	Janvier.	Janvier.	Janvier.
Poids..................	17 k. 500	18 k. 800	20 k. 800	21 k. 500	21 k. 300	19 k. 300	17 k. 500	13 k. 500
Taille..................	1 m. 02	1 m. 10	1 m. 11	1 m. 17	1 m. 17	1 m. 17	1 m. 17	1 m. 17
			Décembre.			Avril.	Juin.	17 juin.
Poids..................			20 k. 700			17 k. 600	17 k. 200	14 k. 700
Taille..................			1 m. 15				1 m. 17	
						2 mai.		
Poids..................						17 k. 300		
Taille..................								
						17 mai.		
Poids..................						17 k. 10		
Taille..................								
						27 mai.		
Poids..................						17 k. 500		
Taille..................								
						10 Juin.		
Poids..................						18 k. 100		
Taille..................								
						Août.		
Poids..................						17 k. 900		
Taille..................						1 m. 17		

AUTOPSIE faite le 18 juin à 8 heures du matin. — *Cou et thorax*. Le *corps thyroïde* est petit; le *thymus* a disparu; le *larynx* est normal; les *ganglions* trachéaux et bronchiques sont caséeux.— Il existe des adhérences générales des 2 poumons qui sont le siège de tubercules caséeux et de cavernes. Le droit pèse 250 gr. et le gauche 165 gr.— Le *péricarde* renferme un demi verre environ de liquide citrin. Le *cœur* ne présente aucune altération; les valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes sont saines. Le trou de Botal est oblitéré (110 gr.).

Abdomen. Tube digestif, sain. — *Pancréas, rate* (60 gr.) *foie* (1000 gr.), normaux. — Les *ganglions mésentériques* sont caséeux. *Rein* droit (80 gr.); R. gauche (100 gr.), légèrement lobulés, sains.

Tête. La *calotte crânienne*, symétrique, est d'épaisseur moyenne. Les *sutures* bi-frontale et bi-pariétale sont ossifiées; les autres ne le sont pas encore et restent transparentes; les angles des pariétaux sont minces et translucides. La base est normale. La *pie-mère* est œdématiée, épaissie à la face inférieure du cerveau et couverte, surtout en cette région de *granulations tuberculeuses* qui suivent les artères sylviennes; elle s'enlève facilement. Les *ventricules* sont dilatés et contiennent beaucoup de liquide céphalo-rachidien. Pas de lésions en foyer.

Encéphale	1280 gr.
Hémisphère cérébral droit	564 gr.
Hémisphère cérébral gauche	556 gr.
Cervelet	160 gr.

Hémisphère droit (1). La *scissure de Sylvius* est largement ouverte et laisse le lobule de l'insula à découvert. Elle est limitée en arrière par des plis de passage unissant la circonvolution pariétale ascendante avec la 1re temporale. Le *sillon de Rolando*, sinueux, présente profondément quelques plis de passage entre la frontale et la pariétale ascendantes. — La *scissure perpendiculaire externe*, très-peu prononcée sur la face convexe, est interrompue immédiatement par un pli de passage unissant le lobule pariétal à la 1re circonvolution, occipitale. — Le *lobule orbitaire* n'offre rien de particulier.

Lobe frontal. La *scissure parallèle frontale* est sinueuse

(1) L'examen a été fait alors que le cerveau était depuis plusieurs mois dans l'alcool.

interrompue par un pli de passage unissant la 2me frontale à la frontale ascendante. En bas, elle est limitée par un pli de passage unissant la 3me frontale à la frontale ascendante. Le sillon séparant la première frontale de la deuxième est sinueux, interrompu par de nombreux plis de passage unissant ces deux circonvolutions entre elles.

F 1 est assez nettement distincte de la 2me à laquelle elle est unie par de nombreux plis de passage. — F 2 est dédoublée en avant, ses deux parties sont sinueuses, présentent des sillons nombreux et sont séparées par un sillon assez profond et très sinueux qui se prolonge jusque sur le bord interhémisphérique, en avant du lobe frontal. Elles ne sont pas unies par des plis de passage. F 3 est médiocrement développée. Elle est unie à F 3 par de nombreux plis de passage. La *frontale ascendante* a un développement normal; elle est coupée dans la partie supérieure par deux sillons ; la partie ainsi isolée est reliée par un pli de passage à F 2 La partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante est accolée au pied de F 3 et fait pour ainsi dire corps avec elle. — La *circonvolution pariétale ascendante* est bien développée. Elle est dédoublée à sa partie inférieure. — La *scissure interpariétale,* sinueuse, communique au-delà de son coude avec deux sillons profonds qui remontent vers la fente interhémisphérique en découpant le lobule pariétal supérieur. Elle envoie également un sillon assez profond qui descend presque jusqu'à la scissure parallèle et sépare nettement le lobe pariétal inférieur du pli courbe; la branche verticale, parallèle au sillon de Rolando, s'arrête au niveau de la courbe; il existe là un pli de passage sinueux et bien développé allant du pli pariétal inférieur à la pariétale ascendante. Au-dessous de ce pli on trouve la continuation de la partie verticale de la scissure interpariétale, continuation qui se prolonge jusque dans le fond de la scissure. Le *lobule pariétal* inférieur et le *pli courbe* sont sinueux et assez bien développés.

Le *lobe* occipital nettement séparé du lobe pariétal et temporal semble normal, mais d'une façon générale tout ce lobe paraît légèrement atrophié, et un peu chagriné. Il se trouve surtout en retrait sur le lobe temporal.

Le *lobe temporal* est assez gros La 1re circonvolution temporale est bien développée, sinueuse, un peu dédoublée vers sa partie moyenne. La scissure parrallèle est sinueuse, très profonde, normale. La seconde circonvolution temporale est également très bien développée. La 2me scissure temporale,

sinueuse, irrégulière, est interrompue par deux plis de passage. Il existe 3 plis de passage temporo-pariétaux se dirigeant vers le fond de la scissure de Sylvius. — Les *circonvolutions temporo-occipitales* et leurs scissures sont bien développées: de nombreux plis de passage relient ces circonvolutions entre elles en produisant des irrégularités dans la direction des scissures.

Face interne. — La *scissure calloso-marginale*, un peu sinueuse, est normale. — La *première circonvolution frontale* est bien développée, un peu tortueuse, dédoublée sur tout son parcours. — Le *lobule paracentral*, assez gros, offre vers sa partie moyenne un sillon en Y assez profond et dont la branche inférieure se place dans le sillon calloso-marginal. — La *circonvolution du corps calleux* est un peu maigre. — Le *lobe quadrilatère* sinueux, très-découpé, bien développé, ne présente pas de plis pariéto-limbiques antérieurs et le pli pariéto-limbique postérieur est presque entièrement divisé par un sillon transversal, de telle sorte que la scissure calloso-marginale se continuant avec la scissure sous-pariétale, ce sillon transverse semble se jeter dans la scissure perpendiculaire interne. — La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde, béante à sa partie supérieure. Elle se prolonge jusqu'au-dessus du bourrelet du corps calleux, séparant nettement le lobe temporo-occipital des circonvolutions situées au-dessus. — Le *coin* ne présente rien de particulier. — La *scissure calcarine* décrit une courbe qui se trouve presque dans la continuité de la scissure calloso-marginale.

Le *corps calleux* paraît atrophié, surtout dans sa moitié antérieure ; il est ridé et rétracté. Le corps strié, jaunâtre, paraît également atrophié: la couche optique, le ventricule latéral, etc, n'ont rien de particulier.

Hémisphère gauche. — La *scissure de Sylvius* se présente sur l'hémisphère gauche avec les mêmes caractères que sur l'hémisphère droit. Elle est profonde. Ses bords écartés laissent voir le lobule de l'insula. Elle paraît se continuer en arrière avec un sillon ascendant qui prolonge la scissure parallèle sur le lobe temporal. Le *sillon de Rolando* est limité nettement en bas par la réunion des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Il n'existe pas de plis de passage qui l'interrompent. — Le *lobule orbitaire* est régulier comme celui de l'hémisphère droit. *La scissure perpendiculaire externe,* un peu béante, profonde, n'a qu'un centim. de longueur et est séparée

de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau se rendant du lobule pariétal supérieur au lobule occipital.

Lobule orbitaire. Le lobule orbitaire est mieux développé et moins concave qu'à droite. La scissure en H est irrégulière.

Lobe frontal. Il existe une scissure parallèle frontale commençant en bas presque au fond de la scissure de Sylvius en coupant le pied de la troisième frontale, interrompue à son tiers supérieur par un pli de passage sinueux bien développé, allant de la deuxième frontale à la frontale ascendante. En haut la scissure parallèle frontale communique avec la scissure frontale supérieure, formant avec l'extrémité postérieure de celle-ci une sorte de grand Y. — La *scissure frontale supérieure* est sinueuse, profonde, interrompue par un pli de passage se rendant de la première à la seconde frontale. — La *scissure frontale inférieure*, dédoublée en partie, est sinueuse et régulière, assez profonde et n'atteint pas la scissure parallèle frontale dont elle est séparée par des plis de passage presque à niveau se rendant d'une circonvolution frontale à une autre. La *première circonvolution frontale* F_1 assez bien développée est sinueuse et régulière F^2 dédoublée postérieurement est également irrégulière et sinueuse et envoie un pli de passage au pied de F_3 qui est très-irrégulière, relativement peu développée ; elle est entrecoupée de nombreux sillons dont deux atteignent la scissure de Sylvius. La *frontale ascendante*, un peu maigre surtout à sa partie supérieure, est sinueuse, très-découpée. A son tiers inférieur, un sillon transversal placé dans la direction de la scissure frontale inférieure la coupe et atteint presque le sillon de Rolando. — La *pariétale ascendante* est assez maigre dans toutes ses parties sinueuses ; à sa partie moyenne, elle reçoit un pli de passage provenant du lobule pariétal inférieur. La *scissure-interpariétale* forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle qui prend son origine au fond de la scissure de Sylvius et s'arrête à un centim. de la fente interhémisphérique. Cette scissure parallèle pariétale est interrompue en son milieu par le pli de passage dont nous venons de parler et n'a aucune connexion avec le reste de la scissure interpariétale, car au niveau de la courbe de celle-ci, il y a un pli de passage allant du lobule pariétal supérieur au lobule pariétal inférieur, de telle sorte qu'au premier abord, il semble exister un dédoublement de la pariétale ascendante; d'autant plus qu'en arrière de cette seconde circonvolution

Le *lobe occipital* a des sillons et des circonvolutions normales, mais dans son ensemble il paraît un peu atrophié et en retrait à sa partie inférieure, surtout sur le *lobe temporal*.— Celui-ci est assez bien développé, ses circonvolutions sont sinueuses et découpées. Sa première circonvolution possède trois plis pariéto-temporaux. La *scissure parallèle*, sinueuse et très profonde, communique par un pli oblique de haut en bas et d'avant en arrière avec la 2me scissure temporale qui est aussi sinueuse et interrompue par deux plis de passage allant de la 1re à la 2me circonvolution temporale.

Face interne. — La *scissure calloso-marginale*, sinueuse, assez profonde, suit sa direction normale. — La *première circonvolution frontale interne* est bien développée et dédoublée sur presque tout son parcours. — Le *lobule paracentral* de grosseur moyenne, a un sillon médian très profond en forme de T dont la grande branche serait horizontale. — Le *lobe quadrilatère* est bien développé et présente des plis pariéto-limbiques antérieurs et postérieurs. La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde, un peu béante. — Le *coin* est moyennement développé. La *scissure calcarine*, très profonde, continue son chemin jusqu'au niveau du bourrelet du corps calleux sans rejoindre la scissure perpendiculaire interne et sépare ainsi nettement le lobe temporo-occipital des parties situées au-dessus. — Le *lobe temporo-occipital* présente des sillons et des circonvolutions assez bien développés. — La *circonvolution du corps calleux* n'a rien de particulier; elle est plus développée qu'à gauche.

Le *corps calleux*, la *couche optique* sont semblables à ceux de gauche. — Le *lobule de l'insula* présente 4 digitations. — Les circonvolutions du lobe temporal, surtout à sa partie supérieure, paraissent un peu chagrinées.

Le *cervelet* a son lobe droit moins développé que le gauche, il en est de même pour la *protubérance*. — Le *bulbe* n'offre aucune particularité bien saillante.

Colonne vertébrale. La colonne vertébrale présente une saillie prononcée à la partie supérieure de la région dorsale. Cette gibbosité décrit, en arrière, un angle obtus assez brusque, sans qu'il y ait toutefois de dépression subite au-dessus du sommet. Elle se fait par conséquent assez graduellement. En avant de la colonne vertébrale se trouve une dépression correspondante à la saillie de la crête épineuse. Cette dépression comprend les six premières dorsales.

factice on remarque une nouvelle scissure parallèle tirant également son origine du fond de la scissure de Sylvius et s'arrêtant en haut à 1 cm. de la fente interhémisphérique et communiquant avec la terminaison de la scissure interpariétale qui, elle, va se perdre dans le sillon transverse occipital. Le *lobule pariétal supérieur* est moyennement développé, sa partie postérieure est très maigre et comme atrophiée. Le *lobule pariétal inférieur* est assez bien développé, ainsi que le pli courbe qui est divisé par la continuation de la scissure parallèle allant se jeter dans la scissure pariétale.

Au-dessous du ligament vertébral antérieur, sur la partie correspondante du rachis, on trouve un *abcès* peu volumineux, renfermant un pus mal lié, avec des grumeaux; il siège au niveau des vertèbres malades et ne possède qu'un très court pédicule. Les *corps vertébraux* sont friables, la pointe du scapel s'y enfonce aisément; mais il n'existe pas d'affaissement des corps vertébraux, pas de destruction partielle, appréciable à l'extérieur. — Le *canal vertébral* est normal dans la plus grande partie de l'étendue de la gibbosité, sauf au niveau de la 4me dorsale. Le corps de cette vertèbre fait une saillie notable dans l'intérieur du canal et rétrécit sensiblement son diamètre antéro-postérieur.

Examen histologique fait par M. PILLIET. interne du service et aide préparateur aux travaux pratiques de la Faculté. — La *moelle cervicale*, au-dessus du mal de Pott, offre des lésions portant sur les enveloppes, sur la substance blanche et sur la substance grise.

La *pie-mère* et les nerfs rachidiens appliqués le long de cette membrane sont agglutinés par un exsudat d'aspect jaunâtre. Sur les coupes, on voit la pie-mère considérablement épaissie englober les filets rachidiens. Dans son épaisseur se distinguent des travées ou trainées de cellules rondes représentant du tubercule infiltré, ces trainées, à un degré plus avancé, forment des cercles autour des vaisseaux, enfin ces cercles deviennent caséeux à leur partie centrale, où l'on retrouve encore les vestiges du vaisseau, un capillaire le plus souvent, et l'on a sous les yeux un tubercule achevé; les lésions sont plus marquées sur les parties postérieures de la moelle. D'autre part, la pie-mère empiète notablement sur les cordons blancs, au point d'émergence des racines postérieures, de chaque côté, en arrière, et surtout en avant de ces racines. Là, le tissu des cordons est envahi sur une bande

assez mince, à contour irrégulier, par la pie-mère. Les travées de la pie-mère qui accompagnent les vaisseaux sont surtout épaissis dans ces points ; mais ils le sont d'une façon notable dans toute la moelle.

En résumé, exsudat puriforme englobant les racines des nerfs; dans cet exsudat et autour des vaisseaux, des follicules tuberculeux à tous les degrés de développement, une lepto-myélite postérieure bien nette, voilà ce que l'on trouve à cette hauteur. Ce sont les lésions tuberculeuses de la pie-mère étudiées par M. H. Liouville (*Progrès médical,* 1874) et plus récemment par MM. Raymond et Arthaud (*Revue de Médecine* 1886)

Les *cordons blancs* présentent des traces d'inflammation interstitielle diffuse, caractérisée par la multiplication des petits noyaux sphériques des cellules interstitielles. Mais les cordons de Goll sont, de plus, entièrement dégénérés. A la périphérie, la dégénérescence empiète même légèrement sur la zone radiculaire.

Dans la *substance grise*, il y a raréfaction notable des cellules, surtout dans les cornes antérieures. Une grande partie des cellules qui restent sont en état de dégénérescence hyaline et cette dégénérescence explique leur atrophie et leur disparition. Le *canal de l'épendyme* est élargi, mais rempli par un exsudat granuleux.

Sur une coupe de la *moelle dorsale*, au niveau du mal de Pott, nous retrouvons successivement les mêmes parties. Les enveloppes de la moelle en contact avec le foyer tuberculeux, sont surtout lésées. La dure-mère seule se divise en deux portions; l'une interne très épaissie, est composée de faisceaux parallèles de tissu conjonctif, entre lesquels sont disposées, en assez grand nombre, des cellules rondes; l'autre externe, séparée de la première par du tubercule infiltré, reconnaissable au grand nombre de ses éléments embyonnaires, est formée par une masse caséeuse, friable et irrégulière, ne se colorant pas par les réactifs et comprenant dans son épaisseur des fragments osseux nombreux, très petits et déchiquetés, Cette face externe de la dure-mère présente, en somme, l'aspect d'une paroi d'abcès froid.

Les lésions de la pie-mère au dehors de la moelle sont à peu près nulles; mais la leptomyélite est encore plus accusée que plus haut.

Les cornes antérieures sont très atrophiées, la gauche plus que la droite; il y a asymétrie évidente.

Les cornes postérieures sont envahies et sclérosées, surtout

la gauche, par la méningite postérieure. Autour du canal de l'épendyme très dilaté, il existe une zone de sclérose assez étendue qui comprend toute l'épaisseur des commissures.

Dans la substance blanche, le cordon latéral est en partie dégénéré sans participation du faisceau cérébelleux droit.

A la *limite inférieure de la moelle dorsale*, les enveloppes n'offrent rien de spécial; la substance grise présente des cornes anterieures presque symétriques, la gauche étant toutefois plus maigre, mais considérablement réduites et pauvres en cellules. Le sillon antérieur de la moelle est élargi.

Dans la substance blanche on constate du premier coup d'œil la dégénérescence avancée des cordons latéraux; mais cette dégénérescence est beaucoup plus marquée à gauche, côté où la corne antérieure est plus atrophiée qu'elle ne l'est à droite.

En résumé, c'est la *pachyméningite externe*, décrite dès 1871 par Michaux avec l'atrophie des cornes et les lésions ascendantes et descendantes bien connues. Notons seulement le parallélisme entre l'atrophie de la corne antérieure et du cordon latéral du même côté.

RÉFLEXIONS. — I. Cette observation qui semble au premier abord ne comporter d'autres réflexions que celles qui accompagnent d'ordinaire les relations des cas d'idiotie compliquée d'épilepsie nous parait présenter un véritable intérêt.

Quand on se trouve en présence d'un dégénéré, il faut toujours chercher dans ses *antécédents* les causes de sa dégénération. Quels sont donc les antécédents de Jans...? Sa famille maternelle est exempte de toute tare mais, du côté de son père, nous relevons la tuberculose, l'alcoolisme et des troubles vaso-moteurs qui, pour nous, ont une grande valeur. Jans... est un dégénéré du fait de ses parents paternels.

Le grand-père paternel de notre malade était alcoolique sûrement, phtisique peut-être. L'alcoolisme est une des grandes causes de la dégénération familiale: tout alcoolique altère son système nerveux, du fait même du toxique qu'il absorbe; les altérations nerveuses qu'il

présente sont le plus souvent des névrites et celles-ci sont essentiellement héréditaires. On pourrait presque considérer cette proposition comme un axiôme : de toutes les lésions héréditaires, celles du système nerveux sont le plus sûrement transmissibles. Cette transmissibilité atavique des lésions du système nerveux est prouvée par l'expérience et par la clinique, mais elle ne s'effectue pas toujours intégralement et des névrites que l'anatomie pathologique seule nous révèle chez certains sujets peuvent, chez ses descendants, donner lieu à des accidents notables.

Nous ne savons pas si le grand-père de Jans... a souffert des névrites que l'alcoolisme a provoquées chez lui, mais, sûrement il a eu des névrites, car son fils a souffert de troubles vaso-moteurs qui ne sont que la transformation atavique des lésions nerveuses de son père. Ce que nous avançons là peut sembler une affirmation gratuite, mais l'un de nous, ailleurs, croit avoir prouvé la véracité des faits de ce genre (1).

Le père de Jans... a souffert d'une névrose vasomotrice bien caractérisée ; chez lui, les lésions nerveuses ont été plus graves que chez son père et son fils a été encore plus sérieusement atteint que lui-même, ce qu'on doit peut-être attribuer à ce que ce dernier est né pendant que son père devenait tuberculeux.

Petit fils d'alcoolique, fils de névropathe tuberculeux, il devait fatalement être victime des tares accumulées de ses ancêtres. Les conditions même de sa conception devaient aggraver chez lui la dégénération héréditaire.

Il semble curieux, dans de telles conditions, que ses frères et sœurs soient restés sains. Mais, si l'on admet qu'en matière d'hérédité, il ne se produit pas toujours des mélanges, que les enfants ne tiennent pas un peu de leur

(1) Isch Wall. — *Arthritisme et Cancer*, 1891.

père et un peu de leur mère, mais parfois entièrement de l'un ou de l'autre lorsque, toutefois, les parents, ne sont pas atteints d'une même tare auquel cas cette tare s'accumule nous ne sommes point surpris de voir Jans... dégénéré par son hérédité paternelle et ses frères sains du fait de leurs antécédents maternels.

Nous insistons beaucoup sur ce fait de la transmission intégrale des qualités ou des tares de chacun des parents, pris isolément, à leurs enfants. On est, en effet, souvent troublé en lisant les observations lorsqu'on voit dans une famille des enfants bien portants à côté d'idiots, d'épileptiques, etc. Toujours dans les cas de ce genre, on retrouve la généalogie suivante : dégénération quelconque d'un côté, santé parfaite de l'autre.

Sur des centaines d'observations, il ne nous est jamais arrivé de voir une atténuation dans la marche dégénérative des familles par une alliance bien choisie; dans ces cas les enfants sont sains ou dégénérés mais rarement moins dégénérés que leurs parents, à moins que le générateur malade n'ait, avant la conception de son enfant, modifié son état général par une hygiène appropriée. Or, la plupart de nos observations sont prises dans un milieu où les tares, loin d'être soignées sont plutôt entretenues par un défaut complet de toute hygiène et les fils des dégénérés qui tombent sous nos yeux sont constamment plus atteints que leurs parents.

II. L'idiotie a peut-être son origine dans les émotions éprouvées par la mère durant le premier mois de sa grossesse. Malheureusement, nous avons omis de préciser minutieusement les troubles physiques et intellectuels produits par ces émotions. En pareil cas, il importe d'entrer dans les détails, afin de se rendre un

compte exact de la gravité de ces émotions. Y a-t-il eu crises nerveuses, perte de connaissance, tremblement? Combien ont-ils duré? La nuit suivante a-t-elle été agitée par des cauchemars ? Les impressions pénibles ressenties ont-elles persisté et combien de temps. Tous ces renseignements sont nécessaires pour bien apprécier l'influence de la cause morale sur le fœtus. Si l'impression a été forte, si en même temps elle a été prolongée et si elle s'est manifestée peu après la conception ou durant les premiers mois, on est légitimement amené à penser que l'arrêt de développement des circonvolutions cérébrales est dû — l'hérédité étant réservée — en grande partie sinon en totalité à l'*impression maternelle.*

A cette cause présumée sont venues s'ajouter, chez Jans...., des *convulsions* qui ont commencé vers le deuxième jour de la naissance et se sont reproduites très fréquemment jusqu'à 2 ans.

III. La *déformation des pieds* ne semble pas avoir existé à la naissance. A 18 mois, quand on a essayé de le faire marcher, on a remarqué qu'il ne s'appuyait que sur la pointe des pieds. La déformation se serait ensuite accentuée progressivement.

IV. Les *tics* qu'il présentait sont communs chez les idiots, en particulier le *balancement.* Jans... balançait le tronc et la tête d'avant en arrière ; d'autres idiots les balancent latéralement, ou ne balancent que la tête. Ce balancement s'accompagne parfois de chantonnement, ou est coupé par d'autres mouvements, par exemple — et c'était le cas de Jans... — par un tournoiement rapide de la tête, par des coups de poings que l'enfant se donne sur le front, des coups de tête sur les objets environnants, des grincements de dents, des grimaces de la face, des cris ou des rires, etc.

V. Signalons en passant que Jans... avait l'habitude de flairer ses aliments avant de les manger. Nous avons observé la même habitude chez quelques autres idiots. Esquirol a rapporté deux observations où elle est également consignée (1).

VI. C'est à partir du commencement de 1880, peu après notre arrivée dans le service, qu'on s'est occupé du traitement de cet enfant. La même année les *accès d'épilepsie* diminuent de moitié. Vers la fin de janvier 1881, J.. contracte la rougeole et, à la suite, par elle et par le traitement, les accès continuent à être moins fréquents. Plus tard, le *mal vertébral de Pott* s'aggravant, la *tuberculose* faisant des progrès, et l'enfant restant au lit, les accès redeviennent nombreux.

VII. Au point de vue anatomo-pathologique, après avoir mentionné l'*hydrocéphalie symptomatique* de méningite tuberculeuse, nous devons insister sur l'état de la calotte crânienne. La PLANCHE II montre que, si la suture interpariétale est ossifiée presque complètement (synostose) et dans toute sa longueur sauf en avant sur 3 centimètres, les dentelures des sutures pariéto-occipitales sont très distinctes ainsi que celles de la suture fronto-pariétale. Bien plus *cette dernière suture est mobile*, en ce sens que le frontal s'écarte des pariétaux lorsqu'on l'attire en avant. Ce crâne semble indiquer en quelque sorte comment s'opère l'écartement des os que nous avons vu se produire, à un degré si remarquable, sur le crâne de Berl... (p. 51, *fig.* 4.)

Il est bon, à ce propos, de rappeler que sur les crânes de Ren.. (p. 00) et de Tronc... (p. 00, fig. 0) les

(1) Voir Bourneville. — *Recueil de mém., notes et observations sur l'idiotie*, t. I, p. 210 et 217.

dentelures des sutures fronto-pariétales, inter-pariétales et pariéto-occipitales sont très nettes; que sur le crâne de Tell. (p. 3-14), *la suture inter-frontale persiste* en haut, sur une longueur de deux centimètres ; les sutures fronto-pariétales et pariéto-occipitales, sont très apparentes et qu'il en est de même de la suture inter-pariétale, si ce n'est vers le vertex, aplati, où les dentelures commencent à s'effacer.

Il s'en suit que sur ces crânes, appartenant à des enfants dont l'idiotie était due à des lésions diverses, le crâne ne s'opposait pas au développement du cerveau et en particulier des lobes frontaux.

VII.

Cas d'hystérie chez l'homme ;

PAR BOURNEVILLE et SEGLAS.

Les trois observations qui suivent ont été rédigées il y a plusieurs années. Comme elles n'avaient pas le même intérêt que d'autres concernant des malades plus jeunes, nous en avons ajourné la publication.

OBSERVATION I.

SOMMAIRE. — *Père rhumatisant et migraineux. — Grand' mère paternelle migraineuse. Deux oncles paternels buveurs. — Tante maternelle morte tuberculeuse. — Pas de consanguinité. — Egalité d'âge. Un frère et une sœur migraineux; une sœur sujette à des maux de tête; une autre atteinte de mal de Pott; une autre morte de méningite tuberculeuse avec convulsions.*

Arriération intellectuelle et bégaiement. — Impressionabilité; douleurs névralgiques; — absences. — Début des crises vers 21 ans. — Les crises d'abord considérées comme épileptiques sont en réalité de nature hystérique. — Hémianesthésie incomplète du côté gauche. — Zônes hystérogènes. — Aura. Description des attaques; arc de cercle; délire de paroles. — Marche de la maladie.

Houz... Ernest, Louis, entré à Bicêtre le 26 janvier 1880, à l'âge de 27 ans (service de M. BOURNEVILLE), est sorti le 20 fév. 1889.

Antécédents héréditaires (Renseignements fournis par sa mère, 30 janvier 1880). *Père*, 56 ans, employé de commerce,

très sobre, a souffert des douleurs rhumatismales; *migraines* fréquentes de 25 à 40 ans, revenant tous les 15 jours. [*Père* : mort d'une hernie étranglée à 78 ans; — *mère*, morte d'une tumeur fibreuse abdominale à 83 ans; aurait eu des *migraines* à l'époque de la ménopause. Deux *frères* dont l'un ivrogne et *buveur d'absinthe* est mort d'une affection stomacale, l'autre, également *buveur*, a disparu depuis 30 ans sans qu'on ait pu le retrouver].

Mère : 56 ans, intelligente, un peu nerveuse, mais sans attaques. (*Père*, mort d'éléphantiasis (Il avait été à Jérusalem avec le duc de Bordeaux dont il était le valet de chambre). — *Mère* morte à la suite de couches, n'aurait pas été nerveuse. — Deux *frères*, dont l'un de père seulement, sont bien portants; une *sœur* est morte de la poitrine à 33 ans].

Pas de consanguinité.

7 *enfants* : 1° un garçon, 31 ans, sujet à des *migraines*, a deux enfants bien portants; — 2° notre malade, — 3° une fille 23 ans, mariée avec le frère de père de sa mère, *migraineuse* et *rhumatisante*, n'a pas d'enfant; — 4° une fille, 20 ans, malade depuis trois ans (hydarthrose du genou, mal de Pott probable); — 5° une fille, 13 ans 1/2, délicate, souffre de *maux de tête;* — 6° une fille morte à 3 ans 1/2 d'une *méningite tuberculeuse* avec *convulsions*; — 7° une fille morte à 13 mois, en nourrice, de cholérine.

Antécédents personnels. Au 5me mois de sa *grossesse*, la mère aurait eu une très grande *frayeur* et l'enfant « aurait fait comme un bond ». *Accouchement* à terme, facile. — L'enfant fut mis en nourrice et élevé au sein jusqu'à 2 ans : il était très délicat, pâle; il n'aurait jamais eu de couvulsions. Il a marché à 2 ans 1/2, a été propre vers 3 ans, n'a commencé à parler qu'à plus de 5 ans, convenablement à 8 ou 9 ans en conservant jusqu'à ce jour un certain *bégaiement*. — Rougeole, croûtes dans la figure (6 ans), glandes au cou non suppurées, engelures aux pieds. — Fréquentes palpitations pour lesquelles il est entré aux Enfants-malades à 15 ans, ses pieds étaient alors très enflés; pas de rhumatismes, douleurs névralgiques de la tête, peurs, pas de rêves ni de cauchemars. Il n'a jamais pu apprendre beaucoup : il sait lire et écrire, mais ne met pas l'orthographe.

Il a été cuisinier jusqu'à 20 ans; à 21 ans, il partit soldat, mais au bout de 6 mois, il fut libéré comme *épileptique*. Avant son service militaire, il était déjà très nerveux; il avait des

sortes d'absences, « *des distractions.* » Revenu du régiment, il entra comme contrôleur aux omnibus, mais il fut renvoyé à la suite d'une *attaque*, sur la voie publique. C'est à ce moment (1876) que sa mère a su réellement que c'était de l'*épilepsie*, Il entra ensuite dans une librairie comme employé à la vente, mais fut renvoyé encore à la suite d'une crise sur la voie publique. Depuis 4 mois, il reste chez sa mère à ne rien faire. On ne sait rien de bien précis sur la fréquence des accès ; il les sent venir la plupart du temps, cependant, il se blesse quelquefois en tombant subitement : il pousse un cri, devient raide, se relève et se rejette de toute sa hauteur : pas d'écume, ni de morsure de la langue ; mictions involontaires pendant l'accès. A la suite de ses crises, il n'est pas violent ; une fois, il a voulu se pendre et une autre fois, il aurait essayé de mettre le feu à sa chambre; les convulsions sont parfois diurnes, mais le plus souvent nocturnes : quelquefois il a des étourdissements. Il a été traité par le bromure. — Le caractère est toujouru irascible et violent, il est cependant affectueux et impressionnable. — Pas d'onanisme, on ne suppose pas des excès sexuels, mais plutôt des *excès de boisson*, entraînant à leur suite une augmentation des accès.

État actuel (29 avril 1880.) — *Tête* : voûte, très-légèrement asymétrique : toute la moitié droite paraît reportée en avant; la bosse frontale droite est plus saillante que la gauche, il en est de même de la bosse pariétale : c'est l'inverse pour la bosse occipitale.

Circonférence de la base.5	0,54 1/2
De la glabelle à l'inios	0,35
D'une oreille à l'autre	0,30
Diamètre antéro-postérieur maximum	18 1/2
Diamètre transverse maximum	15 1/2
Diamètre bi-temporal	13 1/4
Diamètre bi-pariétal	15

Face régulière, le côté droit parait plus petit que le gauche : arcades orbitaires peu marquées : *yeux* normaux, *nez* bombé. — pharynx régulier, *voûte palatine* assez profonde et un peu étroite, manifestement asymétrique, le côté gauche plus petit.

Oreilles de moyenne grandeur, lobule palmé, peu apparent à gauche ; hélix peu marqué surtout à la partie descendante : nodule de Darwin très marqué à droite, moins à gauche.

Parole : Vice de prononciation congénital (bégaiement).

La conformation générale du corps, tronc et membres, est régulière. Les appareils organiques, respiratoire, circulatoire, digestif, génito-urinaire, ne présentent rien de particulier à signaler.

Examen de la sensibilité. Il parait y avoir une légère différence pour la sensibilité à la piqûre au détriment du côté gauche en arrière et en avant : cette différence est très sensible pour la sensibilité à la température. A la face, la différence est à peine marquée.

Pas de clou hystérique : rachialgie au niveau des 5me, 6me, 7me, 8me vertèbres dorsales : la douleur qui existe au niveau des apophyses épineuses et des gouttières vertébrales, prédomine cependant sur celles du côté gauche. L'anesthésie parait plus marquée aussi à ce niveau (froid, piqûre). Douleurs spontanées à ce niveau que le malade compare à des tiraillements et paraissant d'irradier dans les épaules, surtout la droite. Cette douleur s'exaspère seulement après les attaques. Il existe une autre zone au niveau des flancs des 2 côtés, mais plus marquée à gauche et situé au point le plus inférieur du rebord costal. Au niveau de cette zone qui a environ l'étendue d'une pièce de 1 fr., la sensibilité à la piqûre et au froid semblerait plus vive qu'à droite. Il n'y a pas de douleurs spontanées en ces points, Il n'y a que de la douleur à la pression, semblable à celle de la rachialgie. — Zone sous claviculaire externe bilatérale, de la largeur du doigt, prédominante à gauche où répond la douleur dorsale : douleur à la pression, pas de douleur spontanée, sensibilité au froid plus vive à gauche qu'à droite. — Zone thoracique latérale gauche, sur la ligne axillaire au niveau du 5e espace ; elle est de la largeur du doigt; à droite, elle est peu marquée. — La pression sur la région correspondante à l'ovaire, surtout à gauche, détermine de la suffocation et la sensation de «quelque chose qui monte» jusqu'au niveau du larynx. — Cette même sensation est déterminée par la pression sur le cordon spermatique gauche ; la pression du testicule ne donne lieu à aucun phénomène. *Aura* 1° médiate la veille de l'attaque, le malade est triste, morose ; il a la tête lourde, quelques éblouissements : la durée de ces phénomènes précurseurs sont quelquefois de tout un jour. — 2° *immédiate*: pas de douleurs au niveau des zones ; céphalalgie violente siégeant particulièrement au niveau de la tempe gauche.

Sensibilité spéciale: — Rien du côté de la vision, de l'ouie, de l'olfaction.— Le goût parait plus délicat à droite qu'à gauche.

30 *avril*: Hydrothérapie. — 5 *octobre*: Suppression de l'hydrothérapie.

1881. — 13 *avril*. 1er *octobre*: Hydrothérapie. Le malade dit se sent bien moins nerveux.

16 *mai*. *Description des attaques*. Ses camarades et les surveillants ont remarqué aujourd'hui qu'il était beaucoup plus gai, qu'il parlait beaucoup, mais sans divaguer. Cependant cette remarque est générale à toutes les attaques et les fait prévoir environ 7 à 8 heures d'avance. Du reste, elles se ressemblent toutes: elles débutent par un grincement de dents pendant quelques secondes et par la suspension de la respiration en inspiration, puis le corps se raidit, le buste se soulève et le malade se porte lentement en avant, de façon à s'asseoir presque sur son lit: les pupilles qui dans l'intervalle des attaques sont contractées se dilatent légèrement: la face rougit et se couvre de sueur: après, le buste se porte lentement en arrière et le malade reprend sa position horizontale qu'il quitte aussitôt pour s'arc-bouter en arc de cercle, le corps ne reposant sur le lit que par la tête et les pieds, la respiration toujours suspendue. Cette période dure de 10 à 12 secondes. La crise se termine par un mouvement brusque qui rejette le corps sur le lit dans la position horizontale et par trois ou quatre forts mouvements de respiration pendant lesquels le malade crache de l'écume; puis immédiatement il se met à parler. Pas de convulsions cloniques, de morsure de la langue. Parfois la crise se termine par un nouveau grincement de dents qui pourrait faire croire à une attaque subintrante: mais il n'en est rien et au bout de quelques secondes le malade se remet à parler. — L'intervalle qui s'écoule entre deux crises n'est jamais bien long et quelquefois ne dépasse pas deux ou trois minutes. Dans cet intervalle, la face est plus pâle, les paupières fermées, les yeux portés en haut et à droite, les pupilles rétrécies. Le malade cause continuellement et très facilement, bien que, ordinairement, il soit affecté d'un certain vice de prononciation. Il ne reprend jamais après une attaque le sujet de conversation qu'il avait avant, mais il change à chaque fois: de plus, dans l'intervalle de deux attaques, il lui arrive souvent de s'arrêter au milieu d'une phrase pendant quelques secondes, puis de recommencer à parler, mais en changeant de sujet. Les sujets de conversation sont de deux sortes: tantôt ce sont des idées lascives, tantôt des invectives contre les employés, ses camarades, le curé; souvent les deux

sujets sont mêlés. De plus, il recommence les mêmes histoires ou les mêmes invectives. Il est alors impossible de fixer son attention et d'en obtenir une réponse : il est difficile aussi d'explorer la sensibiltié, mais on peut le piquer jusqu'au sang sans lui faire faire aucun mouvement de défense. En outre, dans l'intervalle des crises, on observe parfois des secousses caractérisées par une légère projection du corps au dessus du lit, comme s'il était poussé par un ressort. — Ces attaques se présentent assez souvent par séries.

17 *mai*. — Le malade dit que parfois il ne sent pas venir ses crises et que dans ces cas, il s'aperçoit qu'il est tombé par des malaises, une courbature, un changement dans son caractère D'autres fois, il dit que 7 ou 8 minutes avant le début de l'attaque, il ressent une violente douleur au niveau de la région cardiaque et des palpitations de cœur ; il a alors le temps d'appeler. Il ne se rappelle rien de ce qui se passe pendant ses crises.

16 *juin* — Le malade a depuis 3 jours des séries d'attaques. Le soir on le trouve étendu sur son lit, les traits fatigués, la figure couverte de sueur. Il accuse une vive douleur dans les testicules et au niveau des anneaux, les parties paraissent être d'une hypéresthésie notable au toucher qui détermine même une attaque du type décrit plus haut. La compression de la fosse iliaque donne un résultat semblable. On découvre en outre deux points hyperesthésiques situés l'un au niveau de la 7me vertèbre dorsale, l'autre au-dessous du mamelon du côté droit : mais la compression ne peut être faite au niveau de ces points, H... étant pris subitement d'une nouvelle attaque. Hydrothérapie du 1er avril au 15 octobre : attaques plus nombreuses.

1883. — Hydrothérapie du 1er avril au 31 octobre. Il travaille à la cordonnerie ; les facultés intellectuelles restent intactes. On n'a en somme pas à se plaindre de lui : parfois il est un peu excité, mais l'est généralement avant ses attaques.

1884. 18 *juillet*. — Série d'attaques, comme celles décrites ci-dessus. Bien des choses paraissent exagérées dans ces accidents : témoin ce fait qu'une attaque cesse quelques secondes après qu'on a parlé haut devant lui de la castration immédiate comme seul moyen de guérison.

29 *octobre*. — Hémorrhoïdes. Tousse souvent depuis 6 semaines : l'examen de la poitrine ne révèle rien de particulier.

2 *décembre.* — Tousse toujours, par quintes ; pas de phénomènes stéthoscopiques. Point douloureux au niveau des apophyses lombaires et des dernières dorsales, douleur sous-mammaire, épigastrique des 2 côtés : douleur dans la fosse iliaque, surtout à gauche. Hydrothérapie du 18 avril au 15 octobre.

1886. 29 *décembre.* — *Examen de la sensibilité; générale* : du côté *droit,* le frottement, le chatouillement, la piqûre, la température sont très nettement perçus : pas de retard dans les perceptions ni d'erreur de localisation. — *Du côté gauche,* même état de la sensibilité qui parait seulement un peu obtuse sur la cuisse, sauf à la face postérieure. — *Réflexes normaux.* — Zones hystérogènes dans la fosse iliaque gauche, légère douleur à la pression : (le malade prétend que cela ne date que du mois de juillet à la suite d'un violent effort).

L'*aura* consiste en un sentiment d'anxiété, de palpitation cardiaque, une sensation de resserrement dans la région précordiale : rien à la gorge. Cette aura commencerait 10 minutes au moins avant l'attaque et permettrait au malade de prévenir. — Les phénomènes notés comme *vertiges* seraient des espèces de secousses dans tous les membres survenant soit au début, soit à la fin de l' attaque, jamais à l'état isolé Ce serait une des phases de l'attaque. — *Sensibilité spéciale,* rien à noter sauf que l'acuité visuelle est sensiblement plus faible à gauche : champ visuel, vision des couleurs intacts : — Les autres sens sont normaux.

Intelligence conservée : fonctions physiques régulières : sommeil bon, parfois entrecoupé de rêves érotiques avec pollutions sans rapport avec la période des attaques.

Le tableau suivant permet d'apprécier la marche des accidents depuis 1880 jusqu'à 1886 (1).

(1) Nous avons quitté le service, le 1 février 1886.

MOIS	1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.
Janvier...........	»	»	1	»	1	»	2	»	2	»	2	»	3	»	1	»
Février...........	»	»	3	»	»	»	»	»	3	»	1	»	1	»	2	»
Mars.............	»	»	2	»	2	»	1	»	1	»	2	»	1	»	2	»
Avril.............	»	»	2	»	1	»	4	»	1	»	3	»	2	»	3	»
Mai..............	»	»	1	»	1	»	2	»	1	»	3	»	»	»	2	»
Juin..............	»	»	3	2	1	»	5	»	2	»	2	1	1	»	2	»
Juillet............	1	»	3	»	»	»	»	»	3	»	1	»	1	»	4	1
Août.............	1	»	1	»	3	»	3	»	2	»	1	»	1	»	2	»
Septembre.......	1	»	2	»	2	»	1	»	1	»	1	»	2	1	1	»
Octobre..........	»	»	»	»	2	»	2	»	2	»	»	»	7	»	2	»
Novembre........	2	»	2	»	3	»	3	»	2	6	2	»	2	»	3	»
Décembre........	2	»	1	»	»	»	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»
Totaux.......	7	»	21	2	17	»	24	1	22	6	18	1	22	1	23	»

1887. 8 *juillet*. Hou... est devenu très mélancolique depuis quelque temps. Il y a deux jours, le soir, il a essayé de se pendre dans les cabinets d'aisances. Le veilleur est arrivé juste à temps, assure-t-on, pour couper la corde. C'est la cinquième tentative depuis cinq mois.

Ses attaques offrent les mêmes caractères et dans son *délire de paroles* ou de *loquacité* qui les termine le plus souvent, les propos sont presque toujours les mêmes :

1° Paroles ordurières, il appelle des femmes, parle de rapports sexuels, et chante des chansons qui s'y rapportent ; il demande que l'Administration mette des femmes folles à la disposition des fous, qu'elle installe un établissement spécial ; il vante sa puissance génitale.

2° Il parle de ses camarades et se plaint du personnel, notamment d'un infirmier qu'il appelle tour à tour le « Kroumir » ou l'« étrangleur. »

3° Parle de sa maladie, dit qu'elle l'a empêché de se marier avec « Espérance » qu'il n'a pas vue depuis 4 ans ; il exprime envers elle des sentiments délicats et les paroles qu'il lui adresse contrastent singulièrement avec ses premiers propos si obscènes. Il fait allusion à son dernier métier (contrôleur d'omnibus), appelle les voyageurs, et dit que sans sa maladie il serait resté au service de la compagnie et aurait eu de l'avancement (1).

OBSERVATION II.

SOMMAIRE. — *Renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère morte phthisique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans. — Un frère a eu des convulsions. — Emotion vive durant la grossesse. — Convulsions (?) à 7 ans. — Peur à 8 ans : crises nerveuses. — Renvois successifs de ses places à cause de sa maladie : idées de suicide. — Etat du malade en mai 1880 : anesthésie, aura, etc. — Frac-*

(1) Le malade est sorti le 20 février 1889 du service de M. Féré qui nous a succédé.

ture de la clavicule dans une attaque. — Actes automatiques. — Pollution et rêves érotiques : bons effets du bromure de camphre.

Hettin... Adolphe-Victor, né à Paris le 9 mai 1848, est entré le 26 Juillet 1879 à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents héréditaires (*Renseignements fournis par son frère* le 29 avril 1882). *Père* comptable, bien portant, sobre et rangé, un peu nerveux, mort à l'âge de 55 ans (1863) d'une carie du fémur. (Pas de détails sur sa famille dans laquelle il n'y aurait jamais eu de nerveux).

Mère : aucun accident nerveux, sobre, morte de phthisie à 31 ans : elle était de 10 ans plus jeune que son mari. [Pas de détails sur le père; la mère serait morte à 72 ans d'un catarrhe avec affection du cœur. Dans le reste de la famille, il n'y a d'ailleurs rien de particulier à relever au point de vue des antécédents.]

Pas de consanguinité.

3 *enfants* : 1° une fille morte en nourrice à quelques mois; — 2° un fils, aurait eu quelques *convulsions* à l'époque de la dentition, bien portant, marié : il a deux filles de 11 et 12 ans qui n'ont jamais eu de convulsions; — 3° notre malade.

Antécédents personnels. — Pendant sa grossesse, la mère aurait eu une grande frayeur à la suite d'un accident de voiture. L'accouchement se fit bien, l'enfant fut mis en nourrice. Il fut bien portant jusqu'à l'âge de 7 ans; alors, il fut pris de *convulsions* qui durèrent deux heures. Il aurait eu à ce moment (Avant ou après ?) une peur très grande, parce qu'au milieu d'une fête, il s'était perdu dans la foule. A dater de cette époque, il aurait eu des « accès d'épilepsie » vers 8 ans et son frère le regarde comme épileptique depuis ce temps. Les accès revenaient tous les 3 ou 4 mois. — Il aurait eu, étant enfant, la varioloïde et la scarlatine. Il est allé à l'école, ensuite collège Chaptal, où il travaillait beaucoup ; il était très intelligent. Une fois sorti, il s'est placé dans une papeterie, puis chez un commissionnaire en marchandises où il est resté 13 ou 14 ans; il en sortit à cause de ses crises, et ne pouvant se replacer, il est venu à Bicêtre un an après. En 1878-79, il a essayé à deux reprises de se *suicider* en se jetant à la Seine : on n'a pas de détails sur ces tentatives accomplies, disait-il, à cause de sa maladie.

Il n'aurait jamais eu d'accès de folie, d'impulsions, de violences. Cependant son caractère s'aigrissait un peu ; il ne faisait pas d'excès ; chaque fois qu'il voyait des femmes, il avait une crise le jour même ou le surlendemain. Les facultés intellectuelles, les sentiments affectifs n'ont subi aucune atteinte. La santé physique s'est un peu altérée à l'entrée du malade. La description que donne son frère de ses attaques correspond bien à ce que nous avons pu observer. Il semblait prévenu, disait « je ne me sens pas bien », puis tombait où il était en poussant un cri rauque et prolongé : secousses cloniques surtout à gauche, pas d'arc de cercle. Puis il voulait marcher et s'agitait d'une façon automatique, il divaguait pendant 15 à 20 minutes. Il fallait souvent plusieurs personnes pour le maintenir quand il avait fini de se tordre et voulait se lever.

1879. *Décembre.* — Poids : 54 kilog. 700.

1880. *Janvier.* — Traitement par le bromure de potassium, le malade ayant été signalé comme épileptique avant notre prise de possession (oct. 1879).

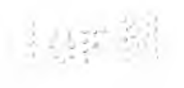
7-14 *mai.* — Erysipèle de la face.

27 *mai.* — *Etat actuel.* — Tête régulière et symétrique : saillie assez notable de l'occiput. Au niveau de la pointe de cet os, il existe une dépression, en forme de gouttière, antéro-postérieure assez marquée.

Diamètre occipito-frontal	19
— bi pariétal	15
Circonférence de la base du crâne	55 1/2
D'une oreille à l'autre	30 1/2

Front bien développé, large ; sans dépressions sus-sourcilières. — Pas d'asymétrie faciale ; iris bleu, nez légèrement aquilin. — Arcades dentaires régulières : en haut, toutes les dents sont en place et saines ; en bas il manque la 1re grosse molaire droite et la dernière gauche. — Voûte palatine profonde mais régulière ainsi que le voile du palais et l'isthme du gosier. — Peau blanche, sourcils, barbe, moustache blonde, assez fournis. — *Oreilles,* régulières et symétriques.

Tronc et membres bien conformés. — Les appareils respiratoire, circulatoire, digestif ne présentent rien de particulier. — *Organes génitaux :* bien conformés : poils blonds et abondants au pénil et à la racine des bourses qui sont demi-pendantes : testicules normaux. — Verge : circ., 8 cent. ; long., 65m, gland



découvert, méat normal, onanisme dans l'enfance, premiers rapports sexuels à 16 ans; pas d'excès.

Sensibilité générale: — Notablement diminuée des 2 côtés; dans le dos, elle paraît inégalement développée des 2 côtés, des zones moins sensibles étant irrégulièrement distribuées tantôt à droite, tantôt à gauche. — Pas de *zones hystérogènes.*

Sensibilité spéciale: — *Vue*: l'œil droit voit comme dans un brouillard, il est difficile au malade de compter les poutres du plafond de la salle: pas d'achromatopsie ni de dyschromatopsie. L'*odorat* parait plus développé à droite; — l'*ouïe*, de même. — Le goût parait plus développé à droite; mais les résultats de l'examen répétés plusieurs fois n'ont rien de probant à ce sujet.

Aura: *très variable*: dans quelques cas, le malade serait tombé subitement sans aucun signe précurseur; mais le plus souvent il existe une aura très nette, consistant en une sorte de grosse boule (sic) qui part du creux épigastrique et remonte plus ou moins vite jusqu'au larynx, produisant alors un sentiment de strangulation et d'oppression violentes. De plus, le malade ressent au même moment, une sorte d'énervement général, des fourmillements par tout le corps et une sorte de crainte subite comparable à celle qu'on éprouverait devant un grand danger. Puis arrive la perte de connaissance. — Après l'attaque, il est assez longtemps à revenir: il peut marcher longtemps encore et même « se casser la tête contre un mur sans savoir ce qu'il fait. » En revenant à lui, il se sent tout étourdi et ne reconnait les gens qu'avec peine: il lui faut bien 2 ou 3 heures avant de reprendre conscience complètement et alors il souffre d'une céphalalgie persistante.

28 *mai*. Traitement hydrothérapique.

28 *juillet*. Dans une chute sur l'épaule gauche, le malade se fait une fracture de la clavicule à l'union des 2/3 externe avec le 1/3 interne.

4 *septembre*. Consolidation de la fracture sans déformation sensible.

6 *septembre*. On reprend les douches suspendues depuis l'accident.

16 *septembre*. Poids: 57 k. 600.

20 *octobre*. On cesse les douches.

1881. *Avril*. Dynamomètre: M D-63. — M G-47. — L'examen de la *sensibilité* montre qu'elle est conservée des deux côtés, mais qu'elle est plus exquise à gauche. — L'acuité visuelle



serait plus faible à droite; les couleurs sont perçues des deux côtés. — Le goût, l'odorat semblent normaux. Traitement hydrothérapique. — Travail au marais.

31 *juillet*. Taille : 1m. 58 — Poids : 55 k. 20.

1882. 24 *janvier*. Suppression des douches. Poids : 55 k. 60.

Juin. Poids : 55 k. 70. Hydrothérapie du 1er avril à la fin de novembre.

1883. *Janvier*. Poids : 55 k. 70.

Juin. Poids : 56 k. 30. Hydrothérapie du 1er avril au 30 novembre.

1884. 31 *janvier*. Poids : 57 k. 50

Juillet. Poids : 57 k. 50. — Taille 1m. 57. Hydrothérapie du 1er avril au 15 octobre. Purgatif tous les mois.

1886. *Janvier*. Poids : 56 k.

20 *février*. La sensibilité parait plus développée à gauche qu'à droite. Déformation du nez à la suite d'une chute sur le verglas, une cicatrice sur le bord droit de la langue. — Il a pris du bromure de potassium, ordonné par l'un des internes de service, contrairement à notre en fait d'hystérie.

2 *février*. Le malade a eu une attaques dont le surveillant fait le récit suivant : D'abord il a ressenti comme une boule qui part de la ceinture et remonte en occasionnant une chaleur assez vive et un étouffement : le malade ne se souvient plus de rien au moment où la boule arrive à l'estomac : il a alors comme un nuage devant les yeux. Il quitte sa chaise, fait quelques pas et sans dire un mot déboutonne son gilet et sa chemise et se frotte la poitrine comme s'il sentait son mal. On le met à terre, nu depuis les cuisses jusqu'au cou, il se débat en poussant un cri, les yeux tournés à gauche ; les bras et les jambes se touchent presque ; l'écume sort de ses lèvres d'abord blanche, puis rouge (morsure de la langue). Cela dure 5 à 6 minutes ; il reste tranquille 1 ou 2 minutes, puis arrivent des secousses, les yeux tournent et la bouche se contracte : tout à coup il veut se relever brusquement en disant oh ! à chaque essai, cela dure à peu près 5 minutes : une fois debout tant bien que mal, il se met à marcher, fait une vingtaine de fois le tour de la salle en agitant les bras et en répétant : oh ! Il n'urine jamais sous lui ; après l'attaque il a la migraine et est très abattu : durée environ une demi-heure.

22 *mars* : Il n'a pas cessé ses douches pendant tout l'hiver, ainsi que le bromure de potassium. — Il demande du bromure de camphre pour calmer des rêves érotiques avec pollutions. — On supprime le bromure de potassium ; on continue les douches, les purgatifs tous les mois, on prescrit du bromure de camphre du Dr Clin (2 capsules pendant une semaine, 3 pendant 2 semaines, 4 pendant une semaine, 5 pendant une semaine, 6 pendant une semaine.)

23 *mars*. — Vers 7 h. du soir, le malade était couché quand tout-à-coup il s'est levé au pied de son lit, ses yeux sont devenus hagards, puis *au dire de son voisin*, il est tombé dans ses bras sans connaissance, sans pousser de cri. Cette perte de connaissance aurait duré 3 ou 4 secondes : puis il aurait eu des convulsions toniques, avec de l'écume à la bouche, morsure de la langue, déviation des yeux du haut. — Au bout de 2 ou 3 minutes, il s'est débattu (convulsions cloniques) et se relevant, s'est mis à marcher en arrière. L'attaque totale a duré environ 1/4 d'heure : puis il s'est promené en chemise dans la salle, s'est mis à prendre les chaussures de ses voisins, à les mêler, enfin il est revenu à son lit et s'est couché.

11 *juin*. — Hett.. a eu une attaque cette nuit. Voici le récit qu'en fait le surveillant : petit cri au début, les membres se contractent et s'agitent violemment, la tête est rejetée en arrière, les yeux ouverts et le regard fixe tourné en haut ; le visage grimace, durée 1/2 minute. Ronflement très fort, écume blanche abondante ; tout le corps est encore secoué par des mouvements convulsifs, pendant 1 minute : puis le malade se met debout sur son lit ; les yeux hagards, il semble qu'il a devant lui quelque chose d'épouvantable ; et fait le geste de le repousser. Il chiffonne sa chemise, son oreiller qu'il jette devant lui. Il fait entendre des cris inarticulés comme s'il était en colère ; on a peine à le maintenir. Enfin il descend de son lit, continue à chiffonner sa chemise qu'il enlève, cherche ses effets, les remet en place, cherche sous son lit. Tout cela dure 1/4 d'heure. Il s'habille et peu à peu se calme : il va ensuite au cabinet et retrouve peu après toute sa connaissance. Durée totale : 1/2 heure.

1er *juillet*. On prescrit de nouveau comme ci-dessus les capsules de bromure de camphre.

1er *août* : Taille 1m, 57 — Poids 55 k, 50.

25 *novembre* : Température au moment de la période de ronflement d'une attaque, 37° ; un quart d'heure après l'attaque 37°, 8 ; deux heures après l'attaque, 37°, 7.

15 *décembre. Aura* : le malade prétend ne sentir venir ses attaques qu'un moment avant de perdre connaissance : il en est prévenu par « une vapeur chaude » partant de la région sus-pubienne sur la ligne médiane, remontant à l'épigastre en produisant de l'oppression et une « tension dans le cerveau. » La sensation d'étouffement au niveau des larynx est très vague.

Sensibilité générale. — Bien que le malade prétende mieux sentir du côté droit, il n'y a pas de différence appréciable : sens musculaire intact ; réflexes de toute espèce normaux. — *Sensibilité spéciale* : — pas d'achromatopsie, de rétrécissement du champ visuel ; l'acuité visuelle paraît bonne, le malade assure voir mieux de l'œil gauche. Sensibilité tégumentaire normale. — Ouïe, goût, odorat normaux.

Zones hystérogènes. — Très légère douleur à la pression de la fosse iliaque droite et sous le sein droit, ne s'accompagnant pas de sensations spéciales.

Le sommeil est bon et n'est plus troublé par les rêves érotiques depuis l'administration du bromure de camphre. Les facultés intellectuelles ont gardé leur niveau, les sentiments affectifs sont conservés. — Le caractère est assez doux. — L'état mental de ce malade est assez difficile à définir : il cherche à attirer l'attention sur lui, il a comme des tendances hypochondriaques, étudiant tout ce qu'il ressent, lisant dans les journaux des articles de médecine ; il vante beaucoup son savoir et l'instruction qu'il a reçue. Très difficile à interroger, il ne faut donner qu'une foi restreinte à ses assertions.

L'apparition du *Compte rendu* de 1890 ayant été retardée parce que nous voulions y faire figurer nos communications au Congrès international de médecine mentale de 1889, nous avons eu l'occasion de revoir ce malade (novembre 1891), sorti le 2 octobre de la même année de Bicêtre. Il nous a donné les renseignements complémentaires qui suivent :

Il est né à Paris, de parents suisses non naturalisés. Il avoue s'être masturbé au collège, n'avoir jamais été porté aux rapports sexuels et n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Il n'a plus d'attaques depuis le mois de mars 1889, et s'il est resté encore plus de deux ans à Bicêtre, c'est afin d'être sûr de sa guérison. Depuis sa sortie, il travaille aux écritures chez un coulissier. Il possède une certaine instruction, sait l'anglais, etc.

MOIS	1880		1881		1882		1883		1884		188		1886	
	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.
Janvier	1	»	52	»	13	9	»	»	14	«	»	»	10	10
Février	6	»	6	6	3	»	12	5	8	4	80	92	54	56
Mars	1	»	»	»	68	12	»	»	8	5	38	51	3	2
Avril	10	»	»	»	49	9	»	»	6	4	29	30	4	52
Mai	8	»	7	»	27	3	»	»	»	»	»	»	»	»
Juin	6	»	16	»	31	14	54	5	»	»	20	1	28	57
Juillet	31	»	»	»	58	22	63	19	6	13	»	»	32	42
Août	11	»	»	»	49	15	33	20	39	43	30	45	1	»
Septembre	6	»	»	»	71	29	»	1	8	1	»	»	2	»
Octobre	18	»	53	14	73	35	13	3	29	19	»	»	11	1
Novembre	»	»	34	»	93	72	46	18		21	»	»	21	17
Décembre	8	»	»	»	12	3	2	15	4	8	38	24		41
Total	106	»	168	20	547	223	223	87	122	118	235	242	166	278

Comme on le voit par ce tableau le malade a eu des attaques de deux espèces : 1° de grandes attaques, 2° des attaques incomplètes qualifiés de vertiges sur lesquelles nous n'avons aucun renseignement; elles auraient une durée moindre que les autres (15 min.).

OBSERVATION III.

SOMMAIRE. — *Renseignements nuls du côté paternel, insuffisants du côté maternel. — Mère morte aliénée. — Accès de colère. — Quelques excès de boisson. — Première attaque en 1881, suivie de bégaiement, d'hémiplégie, de contracture hystérique du côté gauche. — Attaque apoplectiforme : Contracture des bras gauche. — Déformation du pouce gauche consécutive à un traumatisme dans une attaque. — État du malade en 1885.*

From... Louis-Marie, né à Paris, le 2 juin 1843, est entré le 1er septembre 1885 à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE.)

Antécédents héréditaires (17 février 1886). — Tous ces renseignements nous ont été fournis par le malade qui est un enfant naturel et n'a connu que sa mère). — *Mère* : morte en 1871, à l'âge de 62 ans, à Sainte-Anne, où elle était entrée la même année pour « paralysie et maladie du cerveau. » Grands parents maternels inconnus. Un *frère* de notre malade, plus âgé que lui de 3 ans, est mécanicien; depuis deux ans il souffre de rhumatismes; caractère un peu emporté,

Antécédents personnels. — Gourmes dans l'enfance; à 8 ans, fièvre typhoïde assez grave, s'étant accompagnée de délire et traitée à l'hôpital des Enfants-malades — Fr... a toujours été nerveux, il se mettait facilement en colère et pleurait après les accès. Pas d'excès de boisson; quelques excès de femmes, pas de perversions sexuelles. Il était cartonnier et gagnait assez bien sa vie.

Au moment de la guerre, il fut incorporé dans la Garde nationale mobile ; au Bourget où le bataillon joua un rôle assez actif, il ne se rappelle rien de particulier vu qu'il était « entre deux vins. » Après le siège il fut licencié et incorporé dans les bataillons de marche de la Commune. Pendant les 2 mois de la Commune, il n'est pas sorti et n'a pas pris part à la bataille des rues bien qu'habitant Montmartre. Il fut arrêté chez

lui le 2 juin par suite de la dénonciation d'un camarade, envoyé à Satory et dirigé de là à Brest sur les pontons. Après 9 mois de séjour à Brest, il revint à Versailles pour y être jugé le 2 avril par le Conseil de guerre qui le condamna à la déportation simple. Pendant toute cette période sa santé est restée très bonne. Il séjourna à la Nouvelle-Calédonie jusqu'en 1880, époque à laquelle il fut amnistié : il ne fut jamais malade pendant ce temps, il cultivait la terre et gagnait sa vie ; quelques excès de boisson.

De retour à Paris en 1880, il travailla au chemin de fer du Nord comme manœuvre jusqu'en 1881. Cette année-là, un vendredi du mois de mai. à 2 heures de l'après-midi. le malade qui depuis 3 jours souffrait de maux de tête, tomba subitement en traversant le boulevard de l'Hôpital et perdit connaissance jusqu'au lendemain matin. Il se réveilla à la Salpêtrière où l'avait fait transporter M. Ballet, alors interne de M. Charcot, qui assistait à son accident. A son réveil, il s'aperçut qu'il ne pouvait se servir de son bras ni de sa jambe gauches. Le bras, d'après l'attitude que reproduit le malade, était dans la situation de la contracture post-hémiplégique, la jambe étendue. En même temps se montra un bégaiement très fort qui depuis est allé en s'atténuant; avant l'accident, la parole était très nette. On institua un traitement par l'électricité, le bromure, les bains sulfureux. Au bout de neuf mois, les mouvements du bras revinrent, mais le malade marchait encore en trainant la jambe, sans faucher. A cette époque il n'y avait pas d'hémi-anesthésie, les examens faits dans ce sens auraient été négatifs, au dire du malade.

D'un autre côté, les attaques s'étaient multipliées. Un mois après la première, le malade en eut une autre à la Salpêtrière à propos d'un refus de sortie : puis elles se montrèrent à des intervalles plus rapprochés (8 ou 15 jours) à la suite de contrariétés, d'émotions ou même de la vue d'autres malades en attaques. Fr.., ne garde pas souvenir de ces crises; elles duraient, dit-il, un quart environ, puis il avait mal à la tête et pleurait abondamment. Une seule fois il s'est mordu la langue : à la suite de chaque crise, il passait deux ou trois nuits agité et sans dormir. Les attaques ont persisté ainsi pendant 15 mois : au bout de temps, ayant récupéré une partie des mouvements du côté gauche, il sortit de la Salpêtrière, attendant son placement pour Bicêtre.

Une fois sorti, il se mit homme de peine, vendant des journaux, marchant beaucoup et commettant quelques excès de bois-

son. Il continuait à avoir encore des attaques, mais très espacées.

Puis il s'aperçut que les forces diminuaient dans le bras gauche et que l'insensibilité s'établissait : il alla alors au parvis, d'où on l'envoya à l'hôpital des Tournelles où il entra au mois de janvier 1884 dans le service de M. Debove et d'où il sortit au mois de février 1885. Pendant ce laps de temps, il eùt des attaques tous les quinze jours en moyenne, on lui appliqua les amiants qui supprimaient momentanément son anesthésie, on lui donna du bromure. Il a été présenté le 11 avril 1884 à la Société médicale des hôpitaux par M. Debove, qui le signale comme hémiparétique et hémianesthésique. Dans son observation (Bull. Soc. méd. hôp. 23 avril 1884, p. 163) nous trouvons un certain nombre de points qui ne concordent pas avec ce qu'il nous raconte: 1° Il est présenté comme puisatier; interrogé et mis en présence du texte des Bulletins il dit avoir travaillé comme puisatier alors qu'il était homme de peine. 2° Il est noté que les accidents ont débuté par une attaque apoplectiforme à la suite de laquelle il aurait été porté à la Charité, que là il aurait été soumis à un traitement antisyphilitique qui l'aurait guéri au bout de deux mois et demi. Interrogé à ce sujet, le malade nous dit que le fait qu'il avait omis de nous raconter est vrai: qu'après sa sortie de la Salpêtrière il fut, en effet, à la suite d'une attaque transporté à la Charité dans le service du professeur Vulpian. En descendant d'omnibus rue Bonaparte il aurait été pris d'un étourdissement comme il en a d'habitude 5 ou 10 min. avant ses attaques: puis il a eu son attaque et est tombé sur le bord du trottoir: dans cette chute il s'est fait au niveau de la partie postérieure du pariétal gauche une plaie dont la cicatrice est encore visible. C'est alors qu'il a été conduit comme apoplectique à la Charité où on lui aurait mis des sangsues derrière l'oreille gauche. Au bout d'une heure il s'est réveillé avec le bras gauche contracturé dans la demi-flexion. La contracture aurait persisté pendant trois semaines, la paralysie pendant six semaines, puis il fut envoyé en convalescence à Vincennes. Pendant son séjour à la Charité, il fut considéré comme syphilitique et traité comme tel. — 3°- A ce point de vue particulier, il déclare avoir fait cet aveu pour faire plaisir au chef de service.

Il sortit des Tournelles en février 1885, travailla comme puisatier, comme porteur de journaux. Il n'avait guère d'attaques que tous les mois; c'étaient plutôt des étourdissements car il tombait et se relevait aussitôt. En septembre 1885, il reçut sa lettre d'admission à Bicêtre et vint à l'hospice.

État actuel. — Poids 54 kilogr.; taille 1m 69. — *Tête*: régulière, brachycéphale; bosses occipitales développées.

Diamètre longitudinal	178
Diamètre transversal maximun	149
Circonférence à la base	54,5
D'une oreille à l'autre	29
De la racine du nez à la protubérance occipitale	33

Front un peu étroit et bombé; artères temporales saillantes et flexueuses mais non indurées. Yeux gris bleu; nez court et charnu un peu dévié à gauche. — Bouche petite, lèvres minces surtout la supérieure; la commissure droite est un peu relevée et entr'ouverte, sans secousses: léger tremblement fibrillaire de la pointe de la langue qui se dévie du côté gauche: pas de cicatrices de cet organe: impossibilité de siffler, bredouillement, asymétrie faciale très-légère. — Oreilles assez grandes, décollées du crâne.

Le *cou* et le *thorax* sont bien conformés: le sujet est maigre mais assez musclé: les membres sont réguliers et symétriques déformation du pouce de la main gauche à la suite d'une chute dans une attaque: l'articulation est en partie ankylosée et le malade ne peut fléchir la première phalange.

Système pileux: cheveux châtains, fins, assez abondants; moustache blonde, grisonnante; barbe assez abondante au menton, rare aux joues, cils et sourcils peu abondants. Poils assez abondants à la racine des bourses, peu abondants au pubis, très-rares sur les bourses, ainsi qu'à l'anus, peu développés dans les aisselles. — Le bras gauche porte des cicatrices de vésicatoire mis pendant l'enfance pour une conjonctivite; à l'avant-bras du même côté nombreuses cicatrices de pointes de feu appliquées dans le service de M. Debove.

Les appareils respiratoire, circulatoire, digestif sont normaux. Rien de particulier du coté des organes génitaux: aucune trace de syphilis. — Sommeil bon, sans rèves.

Il existe une *hémianesthésie* gauche manifeste qui sur le tronc dépasse un peu la ligne médiane: pas de zône hystérogène, douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche dans un point qui correspond à la région ovarienne chez la femme. L'hémianesthésie intéresse aussi la sensibilité spéciale. L'acuité visuelle et le champ visuel paraissent rétrécis à gauche: pas d'achromatopsie.—Perte de l'odorat du côté gauche et du goût; l'acuité auditive est aussi moins grande de ce côté. Dynamomètre — M. D., 33. — M. G., 22.

Description d'une attaque. — Deux ou trois jours avant l'attaque il a des douleurs de tête intermittentes, la moindre des choses le contrarie, l'énerve; son sommeil est agité, mais sans cauchemars. Pas d'hallucinations, bourdonnements d'oreille, aura produisant la sensation d'une boule qui partirait de la région iliaque gauche et remonterait à l'estomac et à la partie inférieure du cou. Il tombe alors à terre en arrière, reste étendu tout raide, pousse quelques plaintes, se débat un peu, mâchonne et pleure, mais les larmes ne sont généralement pas abondantes. Pas de mictions ni de selles involontaires. Cette attaque dure à peine quelques minutes, il reprend très vite connaissance; mais après ces attaques le bras gauche et surtout la main sont contracturés dans la flexion : ces contractures ne persistent pas longtemps et ne durent que quelques minutes. — On a assayé à différentes reprises d'hypnotiser le malade, mais sans succès; chaque tentative à d'ailleurs provoque une attaqué.

Les facultés intellectuelles, d'un niveau faible d'ailleurs, ne semblent pas altérées par la maladie, le malade prétend cependant que sa mémoire a baissé depuis ses premières attaques. Il n'est pas méchant, ni querelleur, et s'occupe avec activité à la buanderie.

MOIS.	1885		1886	
	Attaques.	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.
Janvier	»	»	1	6
Février	»	»	4	»
Mars	»	»	1	2
Avril	»	»	1	»
Mai	»	»	»	»
Juin	»	»	2	»
Juillet	»	»	3	2
Août	»	»	1	»
Septembre	3	20	1	»
Octobre	5	5	2	2
Novembre	2	9	1	»
Décembre	4	»	«	
Total	14	34	17	12

Le malade, sorti de Bicêtre le 20 septembre 1887, est rentré à la Salpêtrière, le 5 mai 1888, dans le service de M. Charcot. (Salle Bouvier.) Voici les quelques renseignements qui nous ont été communiqués, relativement à son état pendant son séjour dans le service.

Hémianesthésie gauche complète; points douloureux dans la région iliaque droite, sous-mammaire droite. Symptômes d'hémiplégie gauche : les membres de ce côté sont plus faibles que ceux de droite; hémiplégie faciale avec déviation de la langue à gauche. Le malade a par jour 2 ou 3 attaques : elles sont plus fortes et plus nombreuses lorsqu'il est sorti la veille ou s'il a été contrarié. Avant ses attaques, il devient querelleur. — Il tombe sans crier, se raidit, fait de grands mouvements, se roule sur lui-même, gémit : on a constaté l'inflexion du corps en arc de cercle : perte de connaissance complète.

TROISIÈME PARTIE.

Communications faites au Congrès international de médecine mentale de 1889.

VII.

Introduction : essai de classification anatomo-pathologique de l'idiotie.

MESSIEURS,

En nous appuyant sur les travaux que nous avons poursuivis depuis une quinzaine d'années, soit à la Salpêtrière, soit à Bicêtre, et sur les mémoires ou les notes qui ont été publiés durant la même période sur l'*idiotie*, nous sommes amené à distinguer, quant à présent, au point de vue anatomo-pathologique, les formes suivantes ;

1° Idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie *(idiotie hydrocéphalique)*;
2° Idiotie symptomatique de microcéphalie *(idiotie microcéphalique)*;
3° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions ;
4° Idiotie symptomatique d'une malformation congénitale du cerveau *(porencéphalie, absence du corps calleux*, etc.*)*;
5° Idiotie symptomatique de *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse ;*
6° Idiotie symptomatique de *sclérose atrophique :* a) sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères; *b)* sclérose d'un lobe du cerveau; *c)* sclérose des cir-

convolutions isolées; *d*) sclérose chagrinée du cerveau (?);

7° Idiotie symptomatique de méningite ou de méningo-encéphalite chronique *(idiotie méningitique);*

8° Idiotie avec cachexie pachydermique ou *idiotie myxœdémateuse*, liée à l'*absence de la glande thyroïde.*

Notre but, aujourd'hui, est d'appeler l'attention des membres du Congrès, en premier lieu, avec notre interne actuel, M. Camescasse, sur l'*idiotie microcéphalique;* en second lieu avec notre ancien interne, M. P. Sollier, sur l'une des variétés de l'*idiotie symptomatique d'une malformation congénitale,* celle qui reconnaît pour cause la *porencéphalie.* B.

IX.

Nouvelle contribution à l'étude de la microcéphalie ;

Par **BOURNEVILLE et CAMESCASSE** (1).

Malgré l'important mémoire de Carl Vogt et la thèse de M. Ducatte, la microcéphalie a été peu étudiée jusqu'ici en France, surtout au point de vue clinique et au point de vue du traitement. Ces auteurs, comme ils l'ont dit eux-mêmes du reste, ont examiné cette question au point de vue de l'atavisme, tout en présentant au courant de leur travail quelques réflexions sur les caractères propres aux microcéphales. Après avoir mis sous les yeux des membres du Congrès, les documents que nous possédons sur ce sujet, nous ferons quelques remarques sur les points suivants : les antécédents héréditaires des microcéphales, leur développement physique, le développement de leurs organes génitaux et leur éducabilité.

Carl Vogt dit (2) : « La microcéphalie est une formation atavique partielle, qui se produit dans les parties voûtées du cerveau et qui entraîne, comme

(1) Ce mémoire et le suivant auraient dû paraître dans le *Compte rendu* de 1889. Mais il a été impossible à notre collègue M. Ritti, de mener sa tâche aussi vite qu'il l'aurait désiré et ce n'est qu'au mois d'octobre que le volume du Congrès a pu paraître. De là, aussi, le retard de notre *Compte rendu* de 1890. (B.)

(2) C. Vogt. — *Mémoire sur les microcéphales ou hommes singes*, p. 197.

conséquence, un développement embryonnaire dévié, lequel ramène, par ses caractères essentiels, vers la souche depuis laquelle le genre humain s'est élevé. » Il s'appuie : 1° sur des analogies constatées entre des crânes et des cerveaux de singes ; 2° sur l'absence de caractères morphologiques ou pathologiques chez les ascendants des microcéphales. «Partout, dit-il, où des renseignements nous sont transmis, père et mère jouissaient d'une bonne santé, étaient forts et robustes, et n'ont succombé qu'à des maladies ordinaires. Toutefois, ajoute-t-il, si l'on voulait nier, en se fondant sur ce fait, une certaine disposition chez les parents, on serait vite contredit par les cas assez nombrenx où plusieurs enfants microcéphales naissent conjointement avec d'autres enfants normaux du même couple (1). »

M. Ducatte en faveur de la même opinion fait remarquer que la dégénérescence intellectuelle donne aux idiots, dans leurs fonctions, les ressemblances qui leur méritent les noms d'animaux divers : homme-oiseau, homme-lapin, chien, singe, brebis, sauterelle (2). « Quand j'ai trouvé, dit-il, la scissure sous-pariétale propre aux mammifères gyrencéphales osmatiques, le pli pariéto-limbique postérieur profond des chats, le pli cunéo-limbiqe superficiel des singes, j'ai été forcé de reconnaître qu'il y avait là d'évidentes réversions ataviques et dès lors, d'autres caractères moins décisifs m'ont paru plus vraisemblablement de nature

(1) *Ibid.*, p. 187. — Consulter aussi une *Note sur l'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales*, lue par M. Baillarger à l'Académie de médecine, le 29 juillet 1856. — *Die Microcephalie und ihre Ursachen, Inaugural Dissertation zur Erlangung der Doctorwurde bei der Medizinischen Facultat der Rheinischen Friedrich-Wilheems-Universitat zu Bonn*, etc., von Heinrich Gerartz, Bonn 1874. — *Untersuchungen uber den Bau eines Microcephalen Hernes*, von Rohon, Wien, 1879, etc., etc. — Voir notre Observation III.

(2) Ducatte, Paris 1880, p. 90.

atavique : ainsi la calotte occipitale, la continuité du sillon pariétal avec la scissure occipitale externe, la longueur du premier sillon temporal. Plus loin, les anomalies non cérébrales sont venues me confirmer dans l'opinion que je m'étais formée; telles l'absence d'appendice cœcal, la cœcum flottant, l'utérus bicorne, le vagin double. » Puis cet auteur ajoute : « Outre les caractères fœtaux et les caractères ataviques, j'ai trouvé encore des déviations de développement étrangères à tous les types spécifiques actuels (doigts supplémentaires, reins réunis sur la ligne médiane, intersection fibreuse unique du grand droit de l'abdomen). »

Sans entreprendre de juger jusqu'à quel point sont comparables les vices de conformation qu'on rencontre chez les microcéphales aux étapes parcourues par les organes dans leur développement, nous ferons ressortir les particularités suivantes : puisque, de l'aveu même de ces auteurs, on rencontre, outre des anomalies ressemblant à des caractères morphologiques parfaitement connus chez des animaux moins élevés dans l'échelle, des anomalies qui ne se rapprochent d'aucun type connu, peut-on conclure à la réversion atavique ? Il faut au moins admettre qu'elle n'explique pas tout. Est-il vrai, d'autre part, que les antécédents héréditaires des microcéphales, par leur caractère négatif, viennent à l'appui de la théorie de la réversion atavique ? Le contraire paraît évident. Et il faut admettre que la difficulté de retrouver les antécédents des malades a dû seule faire dire à C. Vogt, que les parents étaient tous forts et robustes et sans tare aucune. Chez un seul de nos malades ces antécédents ne révèlent presque rien : c'est pour le malade Clut... dans les antécédents duquel on ne note que : 1° une impression très vive chez la mère peu avant la conception, mais se prolongeant pendant toute la grossesse et les premiers mois de l'allaitement. Cette impression a été

causée par la vue d'une folle qui avait des attaques mal définies et que la mère de notre malade a soignée. Elle nous a dit elle-même que pendant toute sa grossesse elle avait toujours peur « de voir arriver la folle » ; 2° des convulsions chez le malade. Dans tous les autres cas, les antécédents pathologiques de nos malades sont très chargés.

Pour Jan. : père alcoolique ; oncle maternel aliéné ; deux frères morts de convulsions ; lui-même a eu des convulsions à un an.

Pour Mari.. : père suicidé ; grand-père paternel mort fou.

Pour Arnou.. : mère nerveuse (attaques) ; grand-père maternel alcoolique ; grand'tante maternelle migraineuse, convulsions chez le malade.

Pour Nig.. : père alcoolique et rhumatisant. Convulsions.

Pour Cliq.. : père migraineux, mort d'intoxication mercurielle (miroitier) ; oncle paternel mort fou ; mère et grand'mère maternelles nerveuses. Convulsions.

Pour Maz.. : grand-père et arrière-grand-père paternels alcooliques, ainsi que deux grands oncles paternels ; mère et grand'mère maternelle migraineuses.

Pour Chér.. : père, oncle paternel et frère alcooliques ; mère, pertes de connaissance mal caractérisées.

Pour Edern.. : père, hébétudes passagères consécutives à une grande application à la musique ; sœur idiote ; deux frères, mobilité et idiotie.

D'où il ressort que dans les sept cas où les recherches ont pu être faites, nous avons noté cinq fois les convulsions de l'enfance chez les malades eux-mêmes.

Au point de vue du développement physique, et surtout de la taille, Gratiolet considère les microcéphales comme une espèce particulière de nains ne

dépassant pas la taille d'un enfant de dix ans. Eder.., dont l'observation a été publiée en 1882, par l'un de nous (M. Bourneville), était très grand, fort et vigoureux. Chér., qui a été soldat quinze ans, avait une taille de 1 m. 65 (1). Clut.., âgé de treize ans, mesurait 1 m. 30. Jan.. a 1 m. 56, Cliq.. 1 m. 43.

Arnou., âgé de treize ans, mesure 1 m. 33 ; Mari., n'a que 1 m. 29 malgré son âge de quinze ans. Nig.. a une taille assez élevée, puisqu'elle est de 1 m. 19 à onze ans. Seul Mazi.. pourrait être rapproché des nains, il mesure 0 m. 65 seulement, mais il n'a que cinq ans et sans doute grandira.

Carl Vogt dit peu de chose au sujet du développement des organes génitaux et de leur fonctionnement chez les microcéphales : « De parents normalement constitués naissent, dit-il, des enfants viables, vivant assez longtemps, capables sans doute de procréer, la menstruation le prouve (2). » Voici maintenant, l'opinion de M. Ducatte : chez les microcéphales, « la puberté manque (3) » et, « chez ceux dont l'état sexuel a été observé, il y a toujours, avec ou sans atrophie des organes, absence complète de manifestations génésiques, à l'exception toutefois de Conrad Schutteln-dreyer (4) qui une seule fois eut l'air de vouloir violer la femme de son frère, et de la Paria indoue, de Schort, qui eut paraît-il, un enfant mort-né. « Peut-être, ajoute-t-il, ce fait est-il de nature à jeter quelque doute sur la qualité de microcéphale de cette femme, si on considère d'autre part que l'on ne connaît que sa circonférence crânienne ; néanmoins le fait d'un microcéphale

(1) Voir notre premier mémoire, avec planches et figures, *sur la microcéphalie* (en collaboration avec M. Wuillamier) dans notre *Compte Rendu de Bicêtre* pour 1881, p. 27 et *Société anatomique*, 1881. (B.)
(2) C. Vogt, p. 187 et 188.
(3) Ducatte, th. citée, p. 11 (3) et p. 31.
(4) Carl. Vogt, p. 26.

devenue mère, bien qu'il soit unique dans les cas connus, peut être considéré comme vraisemblable, tandis que la paternité d'un microcéphale ne le serait pas.»

Voici le résultat de nos observations. Les organes génitaux de Chér.. étaient normaux, la verge était très développée, les testicules étaient assez gros.

Les organes génitaux d'Eder.. étaient très développés : l'onanisme a été constaté. Chez Clutot, la verge avait une longueur de 7 centimètres et 6 centimètres de circonférence. Ses testicules avaient le volume d'une olive, le droit paraissait être un peu plus volumineux que le gauche.

Jan. a la moustache assez marquée, le menton couvert de poils peu longs, assez abondants ; le pénil est couvert de poils se prolongeant sur les aines et jusqu'à l'ombilic. La verge a une longueur de 9 centimètres et 10 centimètres de circonférence. Les testicules ont le volume d'un œuf de pigeon. Jan. se masturbe et a même tenté plusieurs fois de sodomiser d'autres enfants (1).

Arnou.. a des organes génitaux de développement ordinaire. Longueur de la verge : 52 millimètres, circonférence : 62 millimètres. L'onanisme a été constaté. Les testicules ont le volume d'un noyau de pêche.

Mari.. a des organes génitaux peu développés pour son âge (quinze ans). Verge : longueur, 50 millimètres; circonférence : 60 millimètres. Les testicules ont le volume d'une petite olive,

Nig.. a des organes normaux, étant donné qu'il n'est âgé que de onze ans. Mazi.. n'offre rien de particulier à noter.

Seul, Cliq.., âgé de vingt et un ans, idiot complet,

(1) Ceci a été écrit au mois d'août 1889. De puis lors, le système pileux s'est très développé ainsi que le montre la PL. IX.

présente une malformation de la verge, deux torsions : 1° une première en vertu de laquelle la face supérieure devient face latérale gauche; une deuxième dans le sens antéro-postérieur formant un angle ouvert à droite. Les testicules sont normaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon. La verge est longue de 11 centimètres, sa circonférence est de 8 centimètres et demi.

En 1882, l'un de nous (M. Bourneville) indiquait dans l'observation d'Eder... quelques succès d'éducation péniblement obtenus par M. Delasiauve. Aujourd'hui le nombre des sujets du service permet d'affirmer l'éducabilité relative des microcéphales, la possibilité de les améliorer, même très notablement.

OBSERVATION I.

SOMMAIRE. — *Antécédents paternels et maternels négatifs Impression maternelle vive avant la conception, se prolongeant pendant et après la grossesse. — Pas de consanguinité. Premières convulsions à six mois.— Idiotie complète : bave, balancement, gâtisme, etc. — Marche à trois ans et demi. Microcéphalie très prononcée. — Prognathisme supérieur. Diphtérie; mort. Résultats de l'autopsie : absence presque complète de la convexité occipitale. —Acrocéphalie. — Arrêt de développement et malformations considérables du cerveau. — Encéphale: 490 gr.*

Cluto.., Léon-Eugène, né à Vauvillé (Seine-et-Marne) le 17 mai 1876, est entré à Bicêtre (service de M. le Dr BOURNEVILLE) le 17 avril 1889.

Antécédents (Renseignements fournis par son père et sa mère).— *Père* quarante-huit ans, homme de peine, auparavant laboureur à son compte jusqu'à quarante-quatre ans, venu à Paris après des pertes d'argent; pas d'excès de boisson, pas de convulsions de l'enfance, de fièvre typhoïde, de maladie de peau. Ni rhumatismes, ni migraines, ni névralgies, ni syphilis. [*Père*, laboureur, sobre, bien portant, sans accidents nerveux ; mort en tombant d'un arbre. — *Mère*, soixante-treize ans, aucune manifestation nerveuse, rhumatismale, ni dartreuse. — *Grand-père paternel,* mort on ne sait de quoi. — *Grand-*

mère paternelle, morte vers quatre-vingts ans, ni démence, ni paralysie. — Une *tante paternelle* non nerveuse, ainsi que ses deux enfants. — *Grands parents maternels*, pas de renseignements. — Deux *oncles maternels* bien portants de même que leurs enfants. — Une *tante maternelle* morte on ne sait de quoi, sans enfants. — Trois *frères* et une *sœur*, sans accidents nerveux non plus que leurs enfants. Pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, de difformes, de suicidés, de criminels dans la famille.]

Mère, quarante-six ans, cultivatrice, assez grande, de physionomie régulière, intelligente. Ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni migraines, ni névralgies, ni maladies de peau. [*Père*, laboureur, sobre, non nerveux de même que la *Mère*, âgée de soixante-dix ans. — *Grands parents paternels* morts on ne sait de quoi. — *Grand-père maternel* mort à soixante-quatorze ans, épuisé par le travail, enflé des jambes; il n'avait jamais été malade. — *Grand'mère maternelle* morte vers soixante-quinze ans à la suite d'un traumatisme. — *Oncle paternel* mort vieux d'une fluxion de poitrine, sans accidents nerveux ni chez lui, ni chez ses enfants. — Deux *tantes paternelles* mortes : l'une à la suite d'une opération pratiquée pour « une grosseur de l'anus» ; pas d'accidents nerveux chez elle, ni chez ses enfants. Deux *frères* et une *sœur* en bonne santé et sans accidents nerveux, ainsi que leurs enfants. Pas d'aliénés, etc., etc.]

Pas de consanguinité ; différence d'âge de deux ans.

Quatre *enfants*. — 1° et 2° Deux jumelles, nées à huit mois, mortes en venant au monde. Elles étaient bien conformées, la tête, en particulier, était bien proportionnée. Pas d'autres cas de gémellarité dans la famille, — 3° Fille, seize ans, bien portante, intelligente, tête et traits réguliers; caractère doux ; elle n'a pas eu de convulsions et n'est pas nerveuse.

4° *Notre malade*. — A la conception, parents bien portants, vivant en bonne intelligence. Toutefois nous devons dire que deux mois environ avant la conception la mère a été vivement impressionnée par la vue toute une nuit, d'une voisine qui était folle et avait des crises convulsives avec renversement de la tête, figure hideuse, grands mouvements des membres, etc. Nous notons ce fait parce que la mère nous dit être restée longtemps sous cette impression. La *grossesse* a été bonne, mais l'idée de cette folle, hantait l'esprit de la mère ; elle en rêvait la nuit : une fois même elle s'est réveillée brusquement, croyant voir « la folle » arriver sur elle. — *Accouchement* à terme, naturel,

sans chloroforme, en quatre heures; la tête a passé facilement: elle était, proportionnellement au corps, plus petite qu'elle ne l'est aujourd'hui. — A la *naissance*, l'enfant était chétif, sans asphyxie. Il a crié tout de suite, mais son cri, au dire des parents, ne ressemblait pas à celui des autres enfants ; il était « aigre ». Elevé au sein par sa mère qui, pendant les premiers mois de l'allaitement, a continué d'avoir les mêmes idées de peur à propos de « la folle » ; ses craintes ont ensuite disparu peu à peu.

Premières convulsions à six mois; elles ont été précédées d'un malaise (fièvre, refus du sein). Tout le corps était raide, les poignets retournés, les yeux déviés, pas d'écume, pas de vomissements. Les convulsions, égales des deux côtés, ont duré dix à quinze minutes, puis ont cessé pour reprendre une heure ou une heure et demie plus tard ; les alternatives de crises et de calme se sont reproduites pendant trois jours, à peu près dans les mêmes conditions. A la suite l'enfant est resté malade durant plusieurs semaines; il ne prenait que quelques cuillerées de lait ou de médicaments. Le tout a duré environ un mois.

Avant les convulsions, l'enfant était toujours très constipé. Des périodes de constipation de cinq à sept jours alternaient avec des débâcles ; les yeux n'étaient pas déviés, mais déjà ils remuaient presque constamment. « Il paraissait ne rien voir. On ne pouvait fixer son attention.» Il ne riait pas, n'essayait pas de gazouiller comme les autres enfants : quand les convulsions l'ont pris, il était encore chétif, et était allaité par une voisine, sa mère n'ayant plus de lait.

Après les convulsions, Clu..., a été nourri au biberon avec du lait de vache. Les yeux étaient tournés ; les jambes plus faibles qu'auparavant et au même degré. L'enfant grinçait parfois des dents ; il avait un balancement antéro-postérieur du tronc. Pas de succion, de grimaces, de secousses ni d'étourdissements. Il n'a jamais eu d'autres *convulsions* ; mais il est toujours resté « malendreux ». — Bave persistante, devenant parfois très abondante. Première dent à un an (?) On ne sait à quel âge il a eu ses vingt dents. Il n'a jamais été propre ; il a marché vers trois ans et demi, mais s'il tombait par terre, il n'essayait pas de se relever.

Clu... a, dit-on, fréquemment le sang à la tête ; il a été sujet à des épitaxis fréquentes jusqu'à onze ou douze ans; elles survenaient sans cause appréciable et étaient parfois si abondantes qu'on avait peine à les arrêter. Il ne distingue ni son père ni sa mère et partant, ne leur a jamais témoigné d'affection. On

assure qu'il ne voit pas de loin. Le sommeil est bon; vers huit ans seulement l'enfant a poussé des cris la nuit, durant deux semaines environ.

Dans le jour, il reste sur la chaise où on le pose, sans bouger, ou, si on le promène par la main, il ne manifeste aucune satisfaction. Tout ce qu'il fait, c'est de porter un morceau de pain à sa bouche et seulement s'il a bien faim. D'ordinaire il faut le faire manger et boire. La mastication est assez bonne; il mange un peu de tout, n'est pas salace: le goût est assez développé : il refuse certains aliments et, quand sa mère faisait cuire un aliment qui lui plaisait, il venait se frotter contre elle. Pas de vomissements, pas de rumination.

Croûtes dans les cheveux vers neuf ans. Engelures aux mains; pas d'adénites, d'ophthalmies, d'otite, de dartres, de vers intestinaux, etc. Aucune fièvre éruptive, aucun traumatisme. Pas d'onanisme : cependant, on lui trouvait quelquefois, la nuit, les mains sur les organes génitaux.

L'enfant est entré à l'Asile clinique (Sainte-Anne), le 21 mars, sans avoir été au préalable admis dans aucun hôpital.

Etat actuel (25 avril 1889). Poids, 21 kilogr.; taille, 1 m. 30.

La *tête* est très petite et relativement haute. Le crâne est arrondi; la région occipitale à peu près nulle. La face estallongée, le front très bas et très étroit. Les bosses frontales, assez fortes, sont symétriques. La bosse nasale et les arcades sourcilières sont très prononcées. La dépression temporale est peu marquée et la saillie des pommettes ordinaire. Les cheveux sont brun foncé, assez fournis en arrière, rares au contraire sur la partie supérieure de la tête: les deux tiers du cuir chevelu sont dénudés. Les sourcils de même couleur, sont assez fournis et séparés par un intervalle de 15 millimètres. Les oreilles, de dimensions moyennes, sont peu écartées de la tête et bien ourlées; le lobule est détaché.

Les yeux sont grands, saillants; la fente palpébrale est oblique en haut et en dehors; les cils assez longs et nombreux. L'iris est gris perle, les pupilles égales. Il n'y a pas de strabisme. — Le nez est long, légèrement busqué, les narines à peu près horizontales. La bouche est grande, jamais complètement fermée; les lèvres sont épaisses, surtout l'inférieure; il existe un prognathisme supérieur très prononcé : six dents du haut sont complètement découvertes. Le menton est un peu pointu et porté en avant. (*Fig.* 6.)

La *mâchoire supérieure* est large, le palais peu profond, avec projection du bord alvéolaire en avant; elle offre 14 dents saines, fortes, écartées. Les incisives et les canines, très obliques en avant, donnent à la physionomie un aspect particulier, bestial. — La *mâchoire inférieure* porte 14 dents fortes, assez bien rangées, peu serrées, longues; les dents antérieures sont obliques en avant, ce qui donne à la face un aspect augulaire. A droite et à gauche, la première molaire est profondément cariée. — L'*articulation*, quoique la disposition générale des mâchoires soit anormale, est exacte, c'est-à-dire que les dents se rencontrent dans leurs rapports normaux (1).

La *face* dans son ensemble est continuellement agitée de petits *mouvements convulsifs*, faisant s'abaisser la peau de la partie inférieure du front et les sourcils, et élevant les coins des lèvres en haut et en dehors.

Le *cou*, maigre, mesure 24 cent. 1/2 de circonférence. La saillie des sterno-mastoïdiens est assez forte, le creux sus-claviculaire peu marqué.

La face antérieure du *tronc* est symétrique; le ventre peu volumineux et souple. La face postérieure du tronc, semblable à droite et à gauche, n'offre pas de déviations rachidiennes; les omoplates sont également saillantes des deux côtés. Circonférence sous les aisselles : 63 centimètres également répartis.

Les membres sont longs et grêles, de mêmes dimensions à droite et à gauche. Les ongles et les doigts sont normaux; ceux-ci sont constamment fléchis dans la paume de la main, sauf le pouce qui est en extension et en abduction. Les pieds sont peu souples et étendus dans l'axe de la jambe: au premier adord il paraît exister un pied-bot, ce qui doit tenir à ce que l'enfant est resté presque constamment couché. Les orteils et leurs ongles sont réguliers. Toutes les articulations sont assez souples; les genoux paraissent volumineux, en raison de la maigreur des membres.

La *peau* est assez blanche et ne présente pas de lésions sauf aux fesses, où on trouve l'érythème et les pustules habituels chez les gâteux.

Puberté. — Les lèvres, le menton, les aisselles, le périnée et le pénil sont glabres. Cependant on trouve sur le pénil un très léger duvet noir. Longueur de la *verge* : 70 millimètres;

---

(1) Les notes concernant la dentition que nous donnons dans nos observations sont redigées par notre ami le Dr CRUET, médecin dentiste du service.

circonférence : 60 millimètres. Le gland est facile à découvrir; le *méat* est ordinaire. Le *scrotum* est moyennement développé. Les *testicules*, normalement situés, ont le volume d'une olive. Le droit paraît un peu plus volumineux que le gauche. — On n'a pas observé d'onanisme.

La *sensibilité* au toucher, au pincement, au chatouillement, et à la piqûre, paraît peu vive. Il est difficile, à un premier examen, de savoir à quoi s'en tenir exactement sur l'*ouïe*, la *vue* et l'*odorat* en raison de l'état d'idiotie du malade. Nous avons vu que, d'après les parents, le goût est conservé.

24 *avril*. — Le 24 au soir, le malade entre au *Pavillon d'isolement* comme atteint du *croup* et vomissant des fausses membranes; une d'elles a la largeur d'une pièce de 2 fr. Comme il n'y avait pas eu de cas de diphtérie depuis longtemps à Bicêtre, on s'est adressé au directeur de l'Asile clinique pour savoir s'il y avait des cas de diphtérie dans cet asile. La réponse a été négative. Les parents ont aussi déclaré n'avoir pas eu connaissance de cas de croup dans leur maison ou parmi les gens avec lesquels leur enfant avait pu être en contact, c'est donc probablement au Dépôt de la Préfecture de police ou dans la voiture qui sert aux transports des malades du Dépôt à l'Asile clinique que cet enfant a contracté sa maladie. La note de l'infirmière porte qu'il survient des accès de suffocation tous les quarts d'heure. *Soir :* T. R. 38°,9.

25 *avril*. — Ce matin : T. R. 40°,2. — La toux est constante, petite, croupale, un peu aboyante; la respiration est gênée. L'enfant ne sait pas cracher et déglutit les mucosités que la toux chasse de temps en temps dans la bouche. La prostration est assez forte. La face est pâle; les yeux cernés fuient la lumière. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire. On ne note rien sur les lèvres ni sur les joues. La luette est coiffée dans sa moitié inférieure par une fausse membrane blanche. Les deux amygdales et le voile du palais, dans sa moitié droite, sont couverts de fausses membranes. Il n'y a pas de teinte violacée de la face, pas de refroidissement des extrémités. La respiration est cependant saccadée, entrecoupée, et l'inspiration s'accompagne d'une légère dépression sus-sternale et sus-claviculaire. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est rude, mais on n'entend pas de râles ni en avant, ni en arrière. — *Traitement*: vomitif, cautérisations de la gorge avec la solution phéniquée faible et le jus de citron; frictions sur le cou avec l'onguent napolitain et lotions vinaigrées toutes les

heures; cataplasmes de farine de lin, extrait mou de quinquina et rhum; Bagnols; pulvérisations phéniquées. — *Soir*: T. R. 41°, 6.

26 *avril* (*matin*). — La toux n'est plus bruyante. La respiration pénible, s'accompagne d'un tirage peu prononcé. Il semble que l'enfant n'a pas la force de lutter contre l'asphyxie. La face est pâle, les paupières violacées, les extrémités cyanosées. A l'auscultation, on n'entend pas le murmure vésiculaire aux bases; mais dans tout le reste des poumons on note d'abondants râles sous-crépitants de grosseur moyenne. — Les piliers du voile du palais et la luette sont complètement tapissés de fausses membranes blanches. Pas d'écoulement par les narines. — Les battements du cœur sont faibles. Pas d'engorgement ganglionnaire. T. R. 41°.

Le vomitif (sirop d'ipéca 50 gr., ipéca 1 gr.), donné hier, a agi comme purgatif. Le même vomitif auquel on a ajouté 5 centigr. d'émétique administré ce matin, n'a pas produit de résultat. T. R. à midi, 41°,8. Les accès de suffocation se répètent de quart d'heure en quart d'heure. — A *deux heures*, on pratique la *trachéotomie* en raison de la gêne croissante de la respiration, malgré la température élevée du malade et les signes stéthoscopiques qui font prévoir le résultat. La canule a été introduite sans difficulté. La respiration a paru d'abord se rétablir avec facilité, puis elle est rapidement devenue de plus en plus gênée. En moins d'un quart d'heure elle a cessé complètement. La respiration artificielle a donné quelques inspirations très superficielles suivies bientôt de la suspension définitive. T. R. au moment de la mort, 41°,2; une heure aprés la mort, T. R. 40°,4 et 36° au bout de deux heures.

AUTOPSIE, faite le 28 au matin, 43 heures après décès. — Rigidité cadavérique assez prononcée aux poignets et aux doigts des deux côtés, à la hanche et au genou gauches. Le genou droit paraît très porté en dedans; les pieds semblent en *équin;* le bord externe du pied droit paraît un peu relevé; les articles sont normaux; la main, les doigts, le tronc et le bassin sont bien conformés.

Tête. — *Cuir chevelu* très épais et très résistant. — Les *os du crâne* sont *minces*, peu durs; les *sutures* sont *encore transparentes* en partie, leurs dentelures sont très nettes. On note quelques *plaques translucides*, principalement à la partie centrale des pariétaux. — La partie antérieure de la base du crâne paraît symétrique; au contraire à la partie postérieure la

fosse occipitale gauche semble plus étroite que la droite. Toutes deux sont profondes. Le trou occipital est normal;

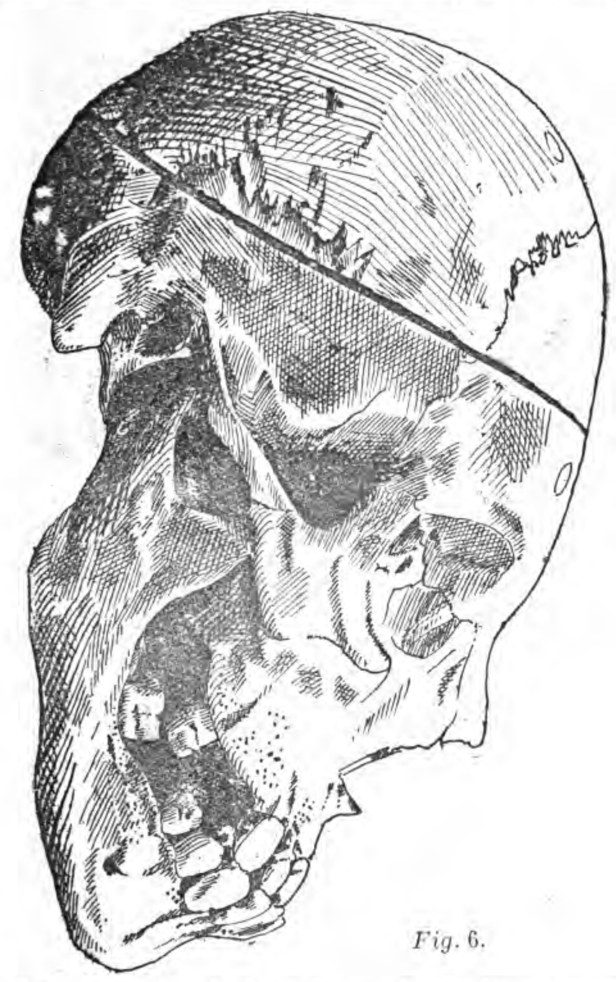


Fig. 6.

la fosse pituitaire également. La *dure-mère* ne présente rien de particulier.

L'*encéphale* dans sa totalité pèse 490 gr. seulement ; le cerveau seul 360 gr. ; le cervelet et l'isthme 130 gr. — La *pie-mère*



Fig. 7.

de la base est finement vascularisée, surtout à l'extrémité antérieure des lobes frontaux et au niveau de la protubérance. La

vascularisation est plus intense sur toute la face externe, et des deux côtés.

Le *cerveau* semble, vu en avant, monter directement en haut; en arrière il est aplati et en retrait de près de 2 centimètres sur le cervelet dont les lobes, très-volumineux, forment deux saillies considérables. — Les différentes parties de la base du crâne, artères, nerfs olfactifs et optiques, tubercules mamillaires, etc., sont symétriques. — Le liquide céphalo-rachidien était en très petite quantité. — La pie-mère de la base, très fine, s'enlève sans détacher de substance grise; celle de la convexité, plus épaisse, s'enlève à peu près; mais sur le cervelet il faut la détacher par petits lambeaux.

Hémisphère gauche. — Sa forme est globuleuse. Le sillon de Rolando le sépare en deux parties égales, et s'arrête en bas vers l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. En haut il s'arrête sur la face externe sans empiéter sur la face interne. La scissure de Sylvius est bien développée à la partie antérieure. La fosse sylvienne (S) est profonde, mais, en écartant ses bords, on ne voit pas les quatre digitations de l'insula lequel est réduit à une simple saillie assez volumineuse cependant. Les circonvolutions FA et PA sont bien développées. La F^1 est séparée de la F^2 par un sillon profond qui, à la partie antérieure, envoie deux branches: une supérieure qui empiète sur la F^1, et une inférieure très longue qui rejoint presque la fosse sylvienne. La F^2 prend naissance sur FA par une racine assez grêle ascendante, et sur F^1 par un gros pli de passage. Un second pli de passage, séparé du premier par un sillon à trois branches, réunit ces deux circonvolutions. La F^3 est très développée et prend naissance sur FA par une large racine ascendante. Elle forme bien l'M classique. (PL. III, IV, V et VI.)

La face inférieure du lobe frontal ne présente pas de sillon cruciforme, mais seulement la branche antéro-postérieure de ce sillon.

La branche postérieure de la scissure de Sylvius est très courte et remonte le long de PA jusqu'à la moitié environ de sa hauteur, en séparant la partie inférieure de cette circonvolution en deux branches.

La scissure interpariétale (S I) est remplacée par un sillon parallèle au sillon de Rolando et limitant en arrière la P A. En arrière de ce sillon se trouve une grosse circonvolution qui représente le lobule pariétal inférieur (L P) et à la partie inférieure de laquelle vient aboutir la scissure parallèle (S P

assez bien développée. Le lobule pariétal supérieur n'existe pas. Le sillon vertical qui limite en arrière cette circonvolution contourne le bord supérieur de l'hémisphère et se termine à la partie inférieure de la face interne. Le pli courbe et le lobule du pli courbe n'existent donc pas.

Le lobe occipital (L O) est remplacé par une grosse circonvolution arrondie, présentant à sa partie supérieure quatre petits sillons superficiels dont le plus inférieur le sépare du lobe temporal. Ce dernier lobe est assez bien développé, et au-dessous de la scissure parallèle (S P) il présente un autre sillon parallèle, mais qui ne correspond qu'à sa moitié postérieure et qui le divise ainsi en trois circonvolutions. Le coin paraît absent.

La face inférieure du lobe sphénoïdal présente un sillon cruciforme superficiel irrégulier qui délimite imparfaitement des circonvolutions peu précises.

Face interne. — La F^1 assez plissée dans sa moitié antérieure est lisse dans le reste de son étendue. Le lobule paracentral est allongé et sans sillon. La circonvolution du corps calleux est absolument unie et aboutit à un repli qui lui est en quelque sorte perpendiculaire (R. X).

Hémisphère droit. — Même forme globuleuse que le gauche. Le sillon de Rolando (R) est situé un peu en arrière de la moitié du bord supérieur. Il n'empiète pas sur la face interen et s'arrête en bas à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'hémisphère.

La scissure de Sylvius présente la saillie de l'insula, sous forme d'un mamelon triangulaire, entre ses deux branches. La branche antérieure est courte et oblique en avant. La branche postérieure a la forme d'un S italique et se recourbe en haut et en avant.

La F A est très développée, séparée en deux parties, vers son milieu, par le sillon qui sépare F^1 de F^2. La F^1 prend naissance sur la F A par deux racines séparées par un petit sillon à convexité supérieure. La F^2 prend naissance sur la F A par une grosse racine. Elle est séparée au bout d'un court trajet des trois quarts antérieurs par un sillon cruciforme, Dans l'écartement des deux branches supérieures de ce sillon plonge une émanation de F^1. Dans l'écartement des branches inférieures plonge un pli de passage de F^3. En avant la F^2 s'élargit considérablement et se divise en deux branches, l'une supérieure qui va se confondre avec l'extrémité antérieure de F^1;

l'autre inférieure plus grosse qui vient se perdre sur la F^3. La F_3 est beaucoup moins développée qu'à gauche :

La face inférieure du lobe frontal présente deux sillons assez peu profonds: l'un parallèle au gyrus rectus; l'autre formé d'un demi-cercle à concavité postérieure et surmonté d'un autre antéro-postérieur.

La scissure interpariétale (S P) est remplacée par une scissure verticale légèrement sinueuse qui limite en haut la P A. En bas, elle se continue avec la scissure parallèle (S P) qui se termine à la partie antérieure et inférieure du lobe temporal. Entre le sillon de Rolando et cette scissure, se trouve la scissure de Sylvius (S S) qui divise en deux la P A à sa partie inférieure. Le lobule pariétal supérieur n'existe pas. — Le lobule pariétal inférieur est représenté comme à gauche par une grosse circonvolution, développée surtout à la partie supérieure, et offrant dans sa partie supérieure trois encoches, deux en avant, et une en arrière, qui ne la subdivisent pas complètement. — Il n'y a pas de trace du lobule du pli courbe, ni de pli courbe.

En arrière de cette circonvolution représentant le lobule pariétal inférieur, se trouve le lobe occipital sous forme d'une simple circonvolution séparée de la précédente par un sillon profond (S X) se terminant à la face interne de l'hémisphère. Ce lobe ne représente que quelques petits sillons tout à fait superficiels et sans interprétation possible. Ni lobe quadrilatère, ni cuneus.

Le lobe temporo-sphénoïdal est assez bien divisé en trois circonvolutions sur face externe, mais ne présente que des sillons trop superficiels à sa face inférieure pour le subdiviser en circonvolutions définies,

Face interne. — La disposition est absolument la même que la face correspondance de l'autre hémisphère.

En somme le développement des lobes frontaux est assez considérable. — Les circonvolutions ont leur forme normale. — La troisième circonvolution (F_3), en particulier, est extrêmement développée. Les circonvolutions motrices présentent aussi un développement suffisant; mais les lobes postérieurs du cerveau sont rudimentaires, et l'arrêt du développement a porté presque exclusivement sur eux. C'est ainsi que nous voyons disparaître le lobule pariétal supérieur, le pli courbe et son lobule. — Le lobe occipital est réduit à une simple circonvolution et ne présente ni cuneus, ni avant-coin. Le

lobe temporal, au contraire, est bien développé relativement, comme les lobes frontaux (1).

Le *cervelet*, la *protubérance* et le *bulbe*, à part leur faible développement, relativement plus considérable toutefois que celui du cerveau qui n'est guère que du double, ne présentent aucune anomalie ou particularité digne d'être signalée.

Cou et *thorax*. — On trouve en avant de la trachée et jusque devant le péricarde des restes du *thymus* (2). — Le *corps thyroïde* a un volume ordinaire (10 gr.); ses lobes sont symétriques. Pas d'isthme ni de pyramide de Lalouette; pas de kystes à la coupe. — La dissection montre que la trachée est ouverte sur une longueur de 11 millimètres; l'incision comprend les quatre premiers anneaux. La luette est libre de fausse membrane dans une partie de sa face antérieure, mais sa face postérieure, celle des pilliers, et une partie de la face supérieurs du voile du palais sont complètement tapissées. — L'épiglotte n'offre que quelques points envahis sur sa face supérieure; sa face laryngée au contraire est tout à faits recouverte de fausses membranes, et celles-ci se continuent sur toute la surface du larynx, tapissent l'entrée des ventricules, se portent sur toute la trachée et sans arrêt sur les grosses bronches. Au niveau de l'incision trachéale, la fausse membrane, épaisse de près de 1 millimètre, est déchirée incomplètement sur sa face antérieure, et a probablement obturé la canule, ce qui peut expliquer la mort rapide du sujet On suit les fausses membranes sans aucune interrup- jusqu'aux divisions bronchiques de troisième ou quatrième ordre; elles forment des tuyaux parfaitement continus et se ramifiant comme les bronches. Au-dessous des fausses membranes, la muqueuse est fortement congestionnée.

Poumon droit. — (320 gr.) Quelques fausses membranes peu anciennes, sur la face externe de la plèvre viscérale; pas de liquide. Les parties supérieures du poumon sont gorgées d'un liquide spumeux. La base est dure et se déchire sous le doigt. A la coupe on voit sourdre des petites bronches une matière blanc-jaunâtre.

(1) Ce cerveau peut être rapproché de celui d'une idiote microcéphale, morte à onze ans, dont M. Fletcher Beach a rapporté l'histoire (*International medical Congress*, 1881).

(2) C'est là, nous l'avons déjà dit, un fait assez commun chez les idiots.

Poumon gauche. — (320 gr.) Mêmes lésions, plus prononcées encore qu'à droite. Le tissu pulmonaire plonge au fond de l'eau.

Péricarde : rien de particulier. — *Cœur* petit (97 gr.) ; trou de Botal oblitéré ; tissu peu foncé en couleur.

Abdomen. — *Foie* : (1.360 gr.) rien d'anormal, ainsi que la vésicule biliaire (40 gr. de bile). — *Reins* : le gauche pèse 85 gr., le droit 90 gr. ; ils présentent une disposition lobulée très manifeste, surtout le rein droit ; ils sont congestionnés et se décortiquent facilement. — *Rate* : (70 gr.) molle et friable. — *Tube digestif* : pas de lésions (ni scybales, ni vers intestinaux). — *Pancréas* : (50 gr.) rien à noter.

Un point très important à signaler, c'est que lorsque la calotte crânienne a été enlevée et la pie-mère incisée, le cerveau ne paraissait en retrait, par rapport au cervelet, que de deux centimètres, tandis qu'après l'ablation de la pie-mère, le retrait était, en réalité, d'un peu plus de quatre centimètres, et que la face supérieure du cervelet était presque complètement à découvert. La différence, soit deux centimètres, était comblée par la pie-mère et du liquide céphalo-rachidien ; d'où il suit que, entre l'occipital et la partie postérieure du cerveau, il y avait un espace assez grand, pouvant permettre au cerveau de se développer, si ce développement avait été possible. D'où il suit encore que l'aplatissement très prononcé de la partie supérieure de l'occipital pourrait être attribué à ce qu'elle correspondait à un espace plus ou moins vide et ne subissait aucune pression du dedans au dehors. La théorie de l'ossification prématurée du crâne, entravant le développement du cerveau des microcéphales, serait donc ici en défaut. Quant aux cas d'ossification prématurée du crâne, en particulier des fontanelles, chez les idiots microcéphales, nous ignorons si elle est fréquente, car le plus souvent les parents ne peuvent fournir des renseignements précis sur ce point.

OBSERVATION II.

SOMMAIRE. — *Père alcoolique. — Oncle paternel alcoolique et paralytique général. — Deux frères morts de convulsions.— Émotion au sixième mois de la grossesse. Marche à onze mois. — Convulsions à un an. — Parole vers deux ans. — Accès d'épilepsie. Gâtisme intermittent.— Microcéphalie très prononcée. — Prognathisme. — Alternatives de périodes d'excitation et de périodes de mélancolie ; idées de suicide.— Instabilité mentale. Perversion des instincts. — Éducabilité relative. — Amélioration notable.*

Jan. Auguste-Prosper, né à Levallois-Perret le 13 avril 1869, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 12 mars 1877 à l'âge de 8 ans.

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère, novembre 1879). — *Père,* quarante-sept ans, garçon de chantier chez un marchand de charbon; assez intelligent, bien portant; *excès de boisson*: il rentre « lancé » trois ou quatre fois par mois, « ivre » sept ou huit fois par an. Autrefois il était charretier et faisait encore plus souvent des *excès de boisson* (eau-de-vie et vin, rarement de l'absinthe «il n'y tient pas».) Caractère doux, un peu vif; taille assez élevée. Parfois céphalalgies en dehors de l'ivresse, et quelques étourdissements attribués à une chute sur la tête du haut de sa voiture en 1872, c'est-à-dire postérieurement à la naissance de Jan. . . Pas d'indices de syphilis. — [*Père,* vigoureux; quelques excès de boissons; très rarement gris; mort d'une chute dans l'eau.— *Mère,* morte à soixante-seize ans « d'un asthme »; pas de maladie nerveuse. Cinq *sœurs*: deux mortes, l'une « hydropique », l'autre « je ne sais comment ni à quel âge »; les trois autres sont bien portantes de même que leurs enfants. Pas de difformes, de paralytiques, d'aliénés, d'épileptiques, etc.]

Mère, quarante-sept ans, femme de ménage assez intelligente, bien portante. Pas de migraines; quelquefois céphalalgie frontale; un peu nerveuse; pas de maladie de peau, etc. — [*Père* mort, à quatre-vingt-deux ans, on ne sait de quoi, il n'était pas en enfance. — *Mère,* morte à soixante-quatorze ans de cause inconnue; elle buvait quelquefois un peu; un frère devenu *aliéné* à la suite d'un coup de pied de cheval; entré à Bicêtre comme atteint de *délirium tremens* avec hallucina-

tions terrifiantes de l'ouïe et de la vue, violence, agitation, tremblement de la langue et des mains (certificat de M. Girard de Cailleux). Après avoir été arrêté pour escroquerie, accès de délire alcoolique, agitation, délire (certificat de Lasègue). Il a été noté par Legrand du Saulle comme « atteint *d'alcoolisme avec hallucinations* », et comme pouvant être au début d'une paralysie générale. Il est mort un an après son admission, en 1868, considéré par Legrand du Saulle comme *paralytique général*. Deux *sœurs* bien portantes ainsi que leurs enfants. Une *sœur* morte hydropique à quarante-deux ans. Pas d'épileptiques, etc.] Pas de consanguinité.— Égalité d'âge.

Neuf enfants : 1° Garçon mort à trois mois, d'une « inflammation » ; pas de convulsions ; 2° garçon mort à quinze mois de *convulsions ;* 3° garçon mort à dix-huit mois à la suite d'une coqueluche ; 4° fille morte à deux mois d'une « gourme rentrée » ; pas de convulsions ; 5° garçon mort à sept ans de *convulsions* ; 6° garçon mort à quatorze jours d'une cholérine ; 7° garçon de seize ans et demi, intelligent, bien portant, certificat d'études primaires, imprimeur ; incontinence diurne d'urine ; pas de convulsions ; 8° garçon âgé de six ans, intelligent, pas de convulsions ; 9° notre malade.

Notre malade. — La *conception* n'a pas eu lieu dans l'ivresse du père mais « il était peut-être entre deux vins ». — *Grossesse* bonne, la mère dit avoir d'habitude peur des ivrognes et des chiens, pendant ses grossesses. Au sixième mois, elle aurait eu une *peur* plus vive d'un chien, au sujet duquel son mari est allé chez le commissaire. Elle prétend que son enfant est effrayé à la vue des chiens. — *Accouchement* à terme, facile, sans chloroforme. — Elevé au sein jusqu'à trois mois, par sa mère ; à partir de cette époque, nourri avec du lait de chèvre, du gruau, des soupes, parce que sa mère était redevenue enceinte. Il a marché vers onze mois, a parlé vers deux ans, a toujours été gâteux. Vers un an il a eu des *convulsions* : poussait de petits cris, tournait les yeux. Ceci s'est présenté plusieurs fois par jour à une époque où il avait la rougeole. Il n'a pas eu, dit la mère, d'autres accidents convulsifs. — Croûtes dans les cheveux avec hypertrophie des ganglions cervicaux, sans suppuration. Otites des deux côtés. Ophthalmie. Varioloïde à deux ans. Pas d'autres maladies ; pas de dartres. — Il aurait eu beaucoup de petits vers. Cet enfant n'a jamais été mis à l'école, parce qu'il gâtait, mais sa mère lui apprenait les prières, les lettres (il paraît avoir oublié cela ici

au début de son séjour) (1). Il avait de la mémoire Il n'était pas méchant, se laissait battre par son frère, il ne jurait pas ne disait pas de paroles grossières (la mère assure qu'elle et son mari étaient très réservés). Pas d'onanisme. Cet enfant est affectueux pour ses parents, qu'il reconnait bien. Pas de kleptomanie, de pynomanie, pas de tics; suce ses doigts.

1879. — Grand gâteux en robe. (PL. VII). Ne sait ni se laver, ni se vêtir; commence à se servir d'une fourchette, connait toutes les lettres, parle assez bien. Il a pris le 1er décembre sa première leçon de gymnastique (2).

1880. — *Janvier*. — Jan. exécute maintenant quelques mouvements à la gymnastique: marche à l'échelle en avant et en arrière; se balance à l'échelle sur place; exécute les mouvements de flexion du genou, les jambes étendues; les mouvements d'extension des bras, le corps en extension.

Février. — Parfois volontaire et méchant: bat et mord ses camarades. Il a l'habitude de faire des petits paquets et les met sur son dos, disant qu'il part en voyage. Il fait quelques bâtons sur l'ardoise. Appétit assez fort mais pas d'avidité; salacité.

Mars. — Il a parfois des troubles intellectuels; il ne comprend pas ce qu'on lui dit, son regard est égaré. Il devient contrariant, fait autre chose que ce qu'on lui commande; attache sur sa tête des morceaux de chiffons, au moyen de ficelles Comme il est devenu propre, on le met en culotte le 28 mars.

Avril. — Léger retard de la deuxième dentition: 4 incisives permanentes, canines et petites molaires de lait, première molaire permanente aux deux mâchoires. (Voir PL. VII).

Mai. — Quand Jan... ne veut pas obéir, il dit quelquefois « je vais faire le fou » et se met alors à jurer et à crier; il refuse souvent d'écrire, trouvant que cela est trop difficile.

Juin. — Parole libre, assez facile. Jan. mange avec la cuillère et la fourchette. Il fait tourner sa tête presque continuellement; fait quelques grimaces; ni succion, ni bave. Pas d'onanisme. Pas d'accès depuis longtemps. Jan . est propre

(1) Nous avons pris le service seulement en 1879 et ce n'est qu'à partir de cette époque que ce malade a été soumis à un traitement médico-pédagogique régulier.

(2) Il s'agit de la gymnastique imaginée par M. Pichery dont on trouvera la description dans notre *Compte rendu de Bicêtre* pour 1888, p. 5.



dans la journée. *Incontinence nocturne d'urine* : juin 1 fois ; juillet 2 fois ; août 8 fois ; septembre 9 fois ; octobre 24 fois ; novembre 18 fois.

30 *septembre.* — Depuis huit jours, Jan . ne mangeait plus ne jouait plus, voulait rester couché sur le sable, était triste aujourd'hui il est revenu à son état habituel.

Octobre. — Il commence à tenir une plume et à tracer des a sur le cahier. (PL. X, *fig.* 1.)

1881. — *Janvier.* — Jan. fait quelques progrès en gymnastique et en écriture : il trace sur le tableau des *a*, des *o* et des *u*. Il redevient gâteux de temps en temps.

1er *mai.* — Il connait maintenant les noms de tous les animaux des tableaux et les usages de quelques-uns. Distingue le cube du cylindre et de la sphère. Se sert de la cuiller et de la fourchette.

20 *mai.* — Diarrhée dysentériforme.

Juin. — Le 13, Jan. entre à l'infirmerie se plaignant de douleurs et de cuisson dans les yeux. Les paupières sont bouffies. On note une *éruption généralisée* formée de petites macules rose clair, non surélevées. abondantes surtout dans le dos. T. R. 39°. Langue nette, ni diarrhée, ni angine ; pas de symptômes thoraciques, pas de céphalalgie. Le 15 juin, l'éruption disparait sur le dos, mais elle persiste sur les fesses et la face antérieure des cuisses. La température qui a atteint 40°, 2 le soir de l'éruption, s'abaisse graduellement. Le 17 toute l'éruption a disparu, sans laisser de trace, le 18 la température est normale.

Juillet. — Jan mange proprement, se sert du couteau, il se lave, s'habille seul ; il est entré à la grande gymnastique en mars. Enfin il acquiert quelques connaissances ; il compte jusqu'à 50. De temps en temps il lui arrive encore de gâter.

Août. — Il a depuis quelques jours des *idées de suicide.* Lorsqu'on le réprimande, il dit : « Ça m'est égal, je veux me tuer ; je me donnerai un coup de couteau dans le ventre. » Il a voulu se pendre avec un cordon qu'il tournait autour de son cou ; puis voyant qu'on ne s'occupait pas de ce qu'il faisait, il a jeté son cordon en disant « M.... pour ma ficelle ». Le lendemain retour à l'état habituel.

Septembre. — Il a gâté continuellement du 1er au 15, puis il est redevenu propre.

Novembre.—Depuis quelques jours, Jan .. est méchant, mal-

honnête, grossier, contrariant. Aux observations, il répond grossièrement: « Qu'est-ce que ça peut me f... ». Il n'obéit pas, refuse de marcher en rang, court et saute constamment en se moquant de tout le monde.

Décembre. — Il est devenu plus obéissant ; cependant il résiste quand on veut le faire nettoyer, disant que l'eau est trop froide.

1882. — *Janvier.*— Jan.. a eu *plusieurs périodes de tristesse.* Il travaille moins bien, se bat avec ses camarades et les mord. Il gâte encore quelquefois et refuse d'obéir.

Avril.— Jan. a bien travaillé ce mois-ci. Il est parfois taquin, sans méchanceté.

Mai. — Jan. s'est battu avec nn de ses camarades, comme il n'a pas été le plus fort, ll a frappé plusieurs enfants plus petits et dit des injures à tout le monde; il a été envoyé comme punition à l'infirmerie et renvoyé à la petite école lorsqu'il a promis de ne plus recommencer.

Juin. — Jan. n'a pas gâté depuis le mois de janvier. L'incontinence nocturne d'urine paraît avoir totalement disparu. La parole est tout à fait libre; la mémoire est assez bonne. Il connaît la plupart des objets usuels. Ne sait encore que faire des bâtons, ou quelques lettres imparfaites. Caractère affectueux. Pas de tics, pas d'onanisme. Ses *accès de tristesse* sont plus éloignés. Il a eu un accès de colère à la suite duquel on a du le camisoler faute de cellules, après une querelle avec un de ses camarades, dans laquelle il avait eu le dessous. Il fait très bien les exercices de petite gymnastique et continu d'aller à la grande.

Juillet. — Jan. s'est mis en colère parce qu'on le réprimandait. Un peu plus tard il s'est emparé du lait d'un de ses camarades bien qu'il eût bu le sien, et comme on s'est interposé il a jeté le lait à la figure de l'enfant. Alors a eu lieu une rixe entre les deux enfants et lui. Sa colère s'est accrue. Il a injurié l'infirmière et frappé la surveillante. Aux reproches qu'on lui adresse à la visite, ses yeux se remplissent de larmes, mais sa figure continue d'exprimer la colère. Puis il se décide à faire des excuses. Durant ses *périodes d'excitation,* il redevient presque toujours *gâteux.*

Août. — Jan. est redevenu tranquille. Il a uriné deux fois dans son pantalon.

Décembre. — Il n'a pas gâté depuis septembre. Il commence à syllaber et à écrire; il n'a pas eu de nouvelles périodes de

tristesse ou d'excitation. Il cire les sièges, frotte les cuivres. acquiert chaque jour de nouvelles notions des choses.

1883. — *Janvier.* — Jan. a encore gâté plusieur fois ce mois-ci.

Mars. — Il ne veut rien faire depuis une dizaine de jours Le 10, il s'est mis en colère et a essayé de battre ses maîtresses et un infirmier. Il a cassé un carreau, dit des injures. L'excitation a duré jusqu'au 15 mars.

Juin. — Deux accès de colère; il a gâté deux fois.

Septembre. — Violent accès de colère parce qu'on ne l'avait pas marqué pour toucher des souliers neufs. Il injuriait tout le monde, et faisait des gestes obscènes.

Octobre. — Plus calme, plus attentif: mais parfois encore impoli. Il montre du goût pour l'écriture, dont il prétend avoir le prix. Il fait tout avec orgueil, il est fier de tout ce qu'il fait. L'appétit est bon sans voracité, pas de rumination. Pas d'onanisme. (PL. VII).

Voici la marche des accès d'épilepsie :

1887................	10 accès,	10 vertiges.
1888................	4 —	4 —
1889................	1 —	1 —
1880................	2 —	2 —

Jan.. n'a pas eu d'accès ni de vertiges depuis 1880. Les deux accès de 1880, les deux derniers, sont survenus tous deux le même jour. Le matin, avant les accès, il semblait excité et il a fait deux pages. — Depuis la disparition des accès, il a été sujet à des *accès de colère* et à des *périodes d'excitation.*

Etat actuel **(14 novembre).** ***Tête : microcéphalie très prononcée.*** **La région occipitale est légérement saillante. Pas de saillie des pariétaux. Pas de bosses frontales. Les dépressions latérales du front sont très marquées. Le front est très bas (3 cent. 1/2 à peine sur la ligne médiane ; 1 cent. 1/2 sur les parties latérales des arcades sourcilières aux cheveux). Les régions temporales sont légèrement bombées.**

Circonférence horizontale maxima	**44 c.**	**»**
De l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	**28 c.**	**»**
Demi-circonférence d'un trou auditif à l'autre	**24 c.**	**»**
Diamètre antéro-postérieur maximun	**13 c.**	**1/2**
Diamètre transversal maximum	**12 c.**	**»**

Face. — Les arcades sourcillères sont déprimées dans toute leur longueur. Les sourcils sont très épais, bruns, arqués. Il n'existe pas de lésions oculaires, pas de strabisme; l'iris est brun; les pupilles sont normales. Nez aquilin, régulier; narines un peu relevées. Région malaire légèrement saillante peut-être un peu plus à droite. Lèvres proéminentes, épaisses, surtout la lèvre supérieure. Menton un peu pointu. Le maxllaire inférieur proémine notablement dans sa partie moyenne. Les oreilles ont 6 centimètres de haut; elles sont bien ourlées, le lobule est en partie détaché, mais le lobule droit forme une sorte de croissant assez écarté de la tête, particularité qui n'existe pas à gauche. En dehors du lobule, qui est petit, existe un renflement faisant saillie sur le bord de l'oreille et sur sa face antérieure.

Cou un peu court; circonférence 29 centimètres, La partie inférieure de la *colonne dorsale* décrit une légère convexité à droite; la colonne lombaire offre une légère courbure de compensation. Circonférence du thorax au niveau des mamelons : 62 centimètres.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont bien constitués. Les mains sont assez petites; les doigts, les orteils et les ongles normaux. — Jan. est vif et agile à la course. Au *dynanomètre*, 15 à droite, 10 à gauche.

Système pileux. — Cheveux châtain foncé, assez abondants; tourbillon unique et médian. Sourcils et cils longs et abondants. Très léger duvet sur la lèvre supérieure. Duvet noir assez abondant à la face postérieure des bras.

Organes génitaux. — La verge est assez développée; le gland se découvre facilement, les testicules, gros comme un œuf de moineau, sont normalement situés. On note un très léger duvet de chaque côté de la racine de la verge. Le scrotum est en demi-croissant. Pas d'onanisme.

Ouïe normale; Jan. distingue même les tons. — *Odorat*, parait normal: Jan. distingue les bonnes et les mauvaises odeurs; cependant il trouve que le vin aigre aromatique ne sent pas bon, tandis que la teinture de valériane (faible il est vrai) lui paraît agréable. — Le *goût* paraît peu délicat : Jan. reconnaît le sucre et le sel; mais au premier abord il semble préférer la coloquinte; pourtant il se ravise et redemande du sucre. — La *vue* est normale; il reconnait bien les couleurs.

Sensibilité générale. — Jan. distingue le chatouillement, le pincement, le froid et le chaud; toutefois la sensibilité à la douleur semble obtuse: Jan. reste indifférent quand il se coupe ou s'écorche.

Respiration normale; battements du cœur réguliers.

Mastication bonne. La *mâchoire supérieure*, en pointe, offre douze dents, parmi lesquelles on note à gauche la deuxième molaire de lait. La mâchoire inférieure présente douze dents, saines et bien rangées. L'articulation est défectueuse, il y a prognathisme supérieur, et les dents inférieures mordent sur la gencive en arrière. — La *voûte palatine* est profonde, étroite et moyennement ogivale. Les gencives sont en bon état.

Les fonctions digestives sont régulières; Jan. gâte encore quelquefois, mais seulement la nuit.

1884. *Juin.* — Jan. fait bien à la gymnastique les mouvements de l'échelle, des ressorts, les sauts. Il connait bien les objets usuels, les couleurs. les étoffes, la plupart des animaux les chiffres, les nombres, les figures géométriques. Il trace de lettres en gros caractères, commence à syllaber; il ne sait pas l'heure. Il n'a pas eu d'idées tristes depuis longtemps; mais a encore des *accès d'excitation* pendant lesquels il frappe les autres enfants, refuse de faire ce qu'on lui ordonne, dit qu'il veut se sauver, urine au lit ou dans son pantalon. Ces accès durent une journée seulement.

20 *octobre.* — Hier soir, sans avoir eu d'accès ni de vertige, Jan. a été pris d'*agitation*: il cherchait à battre les veilleuses, et les injuriait grossièrement. Toute la nuit il a chanté « Tiens voilà Mathieu» ou la Marseillaise ou parlé ! « Va-t-en sale bête; bataillon scolaire; l'arbre de Noël; sale bête, je te vas arracher la peau, je te vas crever les yeux.» Ce matin il est moins excité, il parle beaucoup, mais il n'est pas furieux.

Il essaie de frapper si on s'approche de lui. Il répète « la ligne perpendiculaire, hioup, piou, piou » . Il a l'air gai et fait des menaces en souriant; il comprend les questions, mais répond à côté; sa réponse, cependant, se rapporte en partie à la question; sa voix est animée mais uniforme. Pas de cris inarticulés. Il consent à tirer la langue qui est rouge, et, interrogé, répond qu'il n'a mal nulle part. Son intelligence, en somme, est aussi nette que d'habitude, et c'est volontairement qu'il répond de travers. Interpellé sur ce qui l'a mis dans cet état, il dit: C'est la veilleuse, Mme Mathilhe; je n'ai rien fait; j'ôtais mes bas et je voulais les donner parce qu'ils étaient sales, et elle m'a frappé; elle a un bâton pour frapper tout le monde . Je lui ai rendu sa giffle. Il n'est pas possible d'en savoir plus long: elle m'a rendu fou , dit-il.

21 *octobre.* — Jan. est de nouveau agité ; sur la menace de

lui faire passer quatre heures au bain, il se tait, puis s'endort. Le matin au réveil il ne parait plus surexcité, mais il prétend encore que la veilleuse lui a donné un soufflet.

Pendant les trois nuits suivantes, Jan. a offert une *surexcitation* très marquée; il a parlé constamment durant deux heures. Ses propos, très malpropres, dénotent la connaissance de beaucoup de choses qu'il devrait ignorer, une assez grande facilité d'élocution, et surtout une instruction ordurière très complète, Au reste voici le relevé d'un certain nombre de phrases sans suite qu'il prononce :

« Ça sent la charogne. par ici, ça sent le musc, ça sent le chien mouillé, la moutarde en cataplasme, ça sent le chameau. — Veux-tu te sauver tête de loup, tête de prussien. Voilà une belle rose, Mlle Marie, venez coucher avec moi. Attends un peu jus de pantouffle, l'on va voir des femmes pour quatre sous. Hé ! veux-tu décrocher mes savates? Ça sent le cochon ; on croirait un morceau de musc. Mesdemoiselles, voulez-vous manger du saucisson ? Sucez-le ; mais ne le mangez pas ! Dominus vobiscum, patapouf ! C'est le chat ; viens ici que je t'attrape par la peau comme une hirondelle ! Papa et maman s'en va-t-en guerre. Il chie par derrière. Oh ! assez la m... en papillote, la pisse en bouteille ; il croque ça comme du sucre, je te vas couper les fesses en sifflet. Je vas t'emmailloter comme un bébé : je te vas donner à têter comme une nourrice. Je te vas dépouiller comme un pierrot crevé. C'est gentil caca dans le pot. Il joue du cor de chasse entre les deux fesses. Je vais couper ta queue en huit morceaux. Oh ! que ça pue ! qui c'est qui a pété? Il faut se la plomber. Je vais enfiler les femmes comme on enfile les curés pour six sous. Je vais te mettre dans la fosse pour te faire manger de la m,... On se régale de pieds, andouille. Et de mon cul, en veux-tu un bout? Ca sent la saloperie, la cochonnerie, la charcuterie, le fromage de mort ; ça sent le fromage de cochon, le morceau de viande ; ça sent la crotte de cheval; il a décrotté ses pantouffles, ses savates, ses godillots; ça sent la confiture de groseille. Ah ! assez, je t'en prie, tire-moi des puces, des grenadiers. Si tu veux faire caca dans le dos? Il ne peut pas descendre jusqu'en bas, chameau va ! Ça sent le chien crevé, le hareng-saur pourri. Est-ce qu'il va se foutre de ma république. Tiens, il a mal aux cheveux. Tu ne vas pas te taire ! je vais aller à la cave chercher mon révolver pour te f... dans la cervelle. Et un pistolet pour mademoiselle, le voilà (Il montre son derrière). »

30 *octobre*. — Il est revenu à l'état habituel. — Dans ses promenades au Jardin d'acclimatation ou au Jardin des plantes, il manifeste une véritable prédilection pour les *singes* et dit qu'ils lui ressemblent. Souvent il les imite, fait des grimaces, court et saute à leur manière.

1885. 23 *janvier*. — Jan . se présente à la visite, la veste déchirée, le pantalon fendu, laissant passer sa chemise. On lui demande pourquoi il a déchiré ses vêtements, il répond : « Parce que M[lle] B. L. (une suppléante) m'a donné des claques. » De nouveau on lui demande si c'est bien vrai, il répond : « Je ne réponds pas. » En même temps ses yeux s'humectent, et c'est très bas qu'il répond cela. Parfois quand il est excité, il dit : « je vais faire le fou. » Mais ses périodes d'excitation sont moins vives et moins fréquentes. Il continue d'aller à l'atelier de cordonnerie. Sonlangage est très grossier. Il prétend que son maitre lui donne du tabac à chiquer et que le malade Court... lui apprend de vilains mots.

Décembre. — L'écriture a fait quelques progrès ; la lecture aussi, il syllabe bien. La mémoire est bonne ; mais le travail se ralentit par moment tant à l'école qu'à l'atelier. Il se plaint de son patron qui n'empêche pas les autres enfants de se moquer de lui.

1886. — Jan ., n'a pas été malade cette année. Les périodes d'excitation ont été très rares et courtes. Il a fait quelques progrès en gymnastique, il travaille bien. Ses notes de classe sont les mêmes. (PL. VII et X, *fig*. 2.)

1887. *Janvier*. — Cordonnerie, Jan. fait un peu de piquage.

Juin. — Depuis plusieurs mois il est sage à l'atelier et commence à bien piquer.

1[er] *décembre*.— Fait peu de progrès ; toujours au piquage. A la gymnastique, il travaille passablement. — Quelques progrès en écriture. Les lettres sont moins grosses et un peu mieux formées. (PL. X, *fig*, 3.)

19 *décembre*. — Horni.., Ambla.., Duva. et Etien.. (malades du service) racontent que le 16, Jan. a relevé la robe d'Ambl.. celui-ci avait été mis en robe pour le punir de ce qu'il volait, et aurait frotté sa verge contre les fesses de celui-ci, tandis que Perr.. et Duv.. tenaient Ambla.. et que Cad.. attirait l'attention de l'infirmière pour qu'elle ne s'aperçut de rien.

Fin décembre. — Jan. est très surexcité depuis une quinzai-

ne de jours; il injurie les infirmières. Depuis sa dernière affaire il se préoccupe de savoir si le surveillant et si Mlle B..., une sous-serveillante, ont été informés de ce qu'il a fait, et ce qu'ils en pensent.

1888. 13 *février*. — *Puberté*. — Fines moustaches blondes assez fournies. Poils fins assez abondants au menton, un peu plus à gauche qu'à droite. Quelques poils à la lèvre inférieure. Duvet abondant en avant des oreilles. Poils assez longs et peu fournis sous les aisselles. Poitrine glabre. Poils châtains frisés, nombreux à la partie inférieure du pénil, à la racine des bourses, commençant à envahir les aines. Bourses demi pendantes, testicules égaux, du volume d'un petit œuf de pigeon. Longueur de la verge 92 millimètres, circonférence 85 millimètres. Poils assez abondants à l'anus, plus rares au périnée. L'anus s'ouvre facilement. Onanisme. Depuis quelques jours Jan. s'ingénie à sortir sa verge et à la montrer aux autres enfants et aux infirmières : il la tourne comme la manivelle d'un orgue de barbarie en leur disant : « Veux-tu du mou ? »

Jan. dit qu'il ne veut plus aller en promenade parce que dans la rue les voyous l'appellent « *tête* de singe » et se moquent de ses vêtements. Il est parfois excité, violent, et prétend que les autres l'appellent « tête de sanglier, cochon ». C'est là surtout ce qui l'irrite. Dorénavant Jan. ira à la grande école.

Février. — Jan. copie d'après les caractères manuscrits; ses lettres sont mieux formées. La lecture ne progresse pas il syllabe un peu Il compte oralement jusqu'à 150, mais ne fait pas la moindre addition. Il connait les objets usuels; il sait les jours mais n'a pas d'idée des mois. (PL. X, *fig*. 4.)

Juin. — Son caractère est habituellement assez tranquille, sa propreté est médiocre. Jan. fait de petites additions. Quelques progrès en gymnastique. A l'atelier de cordonnerie, il ne fait pas de progrès ; il reçoit très mal les observations, il est insolent et grossier. Hydrothérapie.

27 *juillet*. — *Puberté et organes génitaux*. — Longueur de la verge, 90 millimètres, circonference, 85 millimètres. Prépuce long, gland découvrable, méat normal. Testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Onanisme. Fines moustaches. Poils rares et assez longs au menton ; poils fins au-devant des oreilles. Une cinquantaine de poils sous les aisselles.

30 *juillet*. — Jan. est redevenu très vorace, il mange sans les dépouiller des souris, des rats, des oiseaux. Il gâte main-

tenant presque tous les jours n'importe où. (PL. X, *fig*. 5). — Continuer l'hydrothérapie.

10 *octobre*. — Jan. est excité. Il injurie tout le monde, parce que sa mère « ne veut pas le faire sortir ». Il ira chez elle, volera son argent, fera un assassinat. « Je veux, dit-il, aller à la Roquette. Je veux être coupable. » Sur la promesse de faire venir sa mère et de le faire sortir, il répond: « Puisque vous m'engueulez je vais vous engueuler aussi. » Traitement : deux douches ; julep chloral 2 gr. : sp. diacode 30 gr. ; manchon ; purgatif.

En sortant de notre cabinet, Jan. a ramassé un bout ficelle et dit : « C'est pour le pendre, quand il passera dans la cour, à midi ; je sauterai dessus et je l'étranglerai. » Puis : « La vieille coquine (il parlait de sa mère) je la tuerai, je lui volerai son argent. Vieille rosse, sale vache! Ah elle ne veut pas me faire sortir, eh bien, elle va voir ça. Sale pourriture! Je l'em... le père Boutillier et aussi le père Agnus; c'est lui qui ne veut pas que je sorte; eh bien, je me sauverai en promenade. Je connais le truc, moi! Je me cavalerai. Je ne suis pas fou. C'est eux qui sont fous. D'abord je m'emm... à Biscaye, il y a dix mille ans que j'y suis. J'ai eu dix-sept ans jeudi, je veux être soldat. Et puis si les autres m'emm... j'irai dans la cour et je ne ferai rien, rien du tout. » En parlant ainsi Jan. avait la figure animée, les dents serrées, la respiration sifflante ; il marchait à grandes enjambées, agitait les bras, la tête penchée en avant. Cependant il est resté calme en classe, le restant de la matinée.

En récréation, il s'est promené seul les mains derrière le dos, sans dire un mot à personne. Rentré en classe, on l'a couché sur un matelas pour prendre sa température. « Je connais ça, a-t-il dit, on ma l'a déja fait à l'infirmerie, je ne bouge pas. » La température prise, il dit ; « Henri, j'ai du sang, vous allez voir si je suis un homme. « Alors il a fait deux fois le saut périlleux sur la tête, après : » Tu n'en fais pas autant, a-t-il dit, ni les autres non plus. Oh ! je suis un homme, et puis voilà, je les emm .. les autres. » Il est resté calme jusqu'au soir. Température à midi 37° ; et à 6 h. du soir 37°, 7. Il passe à l'infirmerie.

11 *octobre*. — Un peu de rougeur aux pommettes. Jan. se plaint de la gorge. Envoyé à la visite. T. R. 38°. — *Soir* : Jan. a l'air abattu. La rougeur des pommettes est nulle. T. R. 37°, 5.

12 *octobre*. Jan. est calme et se plaint de ce qu'on lui a mis le manchon et promet qu'il ne se touchera plus. T .R. 37°. 1. — *Soir* : T.R. 37°, 2.

15 *octobre*. — Hier Jan. a mangé sur l'instigation de ses camarades, un pierrot mort. Purgatif. (PL. VII et VIII.)

Décembre. — Jan. connais les mois, les jours, la forme des objets; il fait quelques additions et quelques soustractions. Il est assez courageux au travail, sauf quand il est contrarié. Sa conduite est très variable ; il lui arrive d'injurier tout le monde sans motif. Il est très irascible. Il s'habille assez bien, mais ses chaussures n'ont jamais de cordons. Il est devenu très vorace, il dévore les animaux les plus dégoûtants (souris vivantes, chenilles, etc.); au réfectoire il mange assez proprement. En somme, on note quelques progrès pour l'instruction, mais du côté moral, il y a plutôt une aggravation. Il est très entêté. Il pose des questions absurdes et ne veut pas admettre qu'il se trompe. Il prétend, par exemple, que son foulard est fait de soies de porc-épic.

1889. *Juin*.— Jan. syllabe bien, il a la parole libre et s'exprime correctement. Son écriture a peu gagné, il copie en caractères moyens assez lisiblement. La mémoire est assez bonne. Il fait de petites additions et de petites soustractions, connaît les couleurs, la forme des objets, le nom des jours et des mois. Il est attentif, assez courageux au travail, sauf dans ses périodes d'excitation qui se reproduisent à peu près tous les deux mois. Son caractère est trés irritable, il injurie tout le personnel quand il est en colère. La propreté laisse toujours à désirer. Il urine parfois dans son pantalon. Il s'habille assez bien, mais ne veut jamais nouer ses souliers qu'il sait cirer. Il a le regard dur, et prononce à chaque instant des paroles incohérentes.

A l'atelier de cordonnerie, il fait bien les piqûres; mais souvent il refuse de travailler et devient alors grossier en gestes et en paroles. Il danse assez bien la polka, quand il veut. (PL. X, *fig*. 6.) — Hydrothérapie, depuis le 1er avril.

6 *juillet*.— Panaris à l'index gauche guéri après incision sans particularité.

15 *juillet*.— Jan, dit que « si on ne le retire pas il se tuera. — Comment te tueras-tu ? — Avec un couteau de réfectoire. — Je vais empêcher qu'on te donne un couteau. — J'en volerai. — Et qu'en feras-tu ? Ça ne coupe pas. — Je l'affuterai sur une pierre. — Que feras-tu hors d'ici ? — Le métier de mon père, charretier. — Mais personne ne voudra de toi. — Mais si. — Tu as un patron ? — Oui, monsieur. » Après quelques autres questions, Jan. a répondu l'air souriant: « Eh! bien, voulez-vous que je vous dise ? Allez vous faire voir ! » C'est main-

tenant son habitude, de terminer son interrogatoire par des injures qui surgiessent tout à coup, sans raison, et le plus souvent sans que sa figure exprime la colère.

20 *juillet*. — *Puberté et organes génitaux*. — Moustaches bien marquées dont Jan... arrache parfois des poils. Menton couvert de poils peu longs, assez abondants. Les favoris sont bien marqués. Le tronc est glabre. Poils assez fournis sous les aisselles Les membres offrent de nombreux poils courts, abondants surtout à la face postérieure des cuisses. Pénil couvert de poils châtains, frisés, ayant envahi les aines, se prolongeant jusqu'à l'ombilic. Poils assez abondants au périnée et à l'anus. Longueur de la verge 90 millimètres, circonférencs 100 millimètres. Gland facilement découvrable, méat normal. Tout le gland et le prépuce sont légèrement enflammés. Scrotum moyennement pendant, un peu plus à gauche qu'à droite. Testicules normalement situés; le gauche paraît un peu plus volumineux que le droit: celui-ci est du volume d'un œuf de pigeon. Onanisme. « Oui, dit Jan. je me masturbe, si je me masturbe c'est que je n'ai pas besoin de vous. » Il est toujours insolent. Il répète souvent les mêmes expressions; par exemple : « La ligne perpendiculaire » mot qui certainement fait allusion à l'érection, ou « laissez-moi ou je vous *carre* la queue au cul. » Ce matin pour l'examiner il a fallu le faire déshabiller par des infirmiers et le faire maintenir.

[Les notes qui suivent sont ajoutées à la communication faite au Congrès.

22 *juillet*. — Période d'excitation qui dure deux jours..

5 *septembre*. — Hier matin, J... a commencé à être excité, refusait de travailler, voulait se suicider, et, dans ce but, il s'est fait sur la main gauche 14 petites coupures tout à fait superficielles et sans importance. Il a été assez tranquille dans l'après-midi. Ce matin, il a les yeux hagards et la face congestionnée. Il répète qu'il veut tout casser, qu'il va sauter par la fenêtre et se tuer : « Je ne veux pas être dans un bord... comme ça. Je veux être assassin toute ma vie. Laissez-moi prendre un couteau pour me tuer, Je veux vous mettre une corde au cou. Donnez-moi une autre section, nom de Dieu! ou je me tue. » Bain d'une heure et cellule.

6 *septembre.* — Face moins congestionnée, regard meilleur. Il ne répond que par monosyllabes aux questions.

8 *septembre.* — Jan.. dit qu'il s'ennuie en cellule et qu'il voudrait bien remonter. Comme il est devenu tout à fait calme, on l'a renvoyé à l'école le lendemain.

5 *octobre.* — Nouvelle période d'excitation; on lui fait pren- un bain d'une heure et on le met dans la *cellute bleue.* Etant redevenu tranquille, on l'a fait sortir le soir.

24-28 *décembre*, grippe légère.

1890. *Janvier-Mars.* — Jan. travaille assez bien à l'école et à l'atelier; il fait des piqûres et démonte les vieux souliers; il est parfois insolent et irascible, menace de frapper les infirmiers ou ses camarades.

Sa mère, que nous voyons le 25 mars, nous raconte que son mari est mort le 8 décembre 1889 à l'hôpital Beaujon d'une péritonite consécutive à une hernie étranglée. Elle assure qu'il n'a jamais eu de convulsions ni de fièvre typhoïde. Une de ses sœurs, à elle, est morte à 63 ans d'une bronchite aiguë et son huitième enfant est mort d'une bronchite chronique sans hémoptysie.

Juillet. — *Puberté.* — Fines moustaches, couleur châtain. Barbe inculte, formant collier, très fournie au menton; poils assez abondants sous les aisselles, tronc entièrement glabre. Poils bruns assez abondants au pénil et à la racine des bourses; scrotum presque glabre; les testicules sont égaux. Mêmes dimensions de la verge et des testicules.

Les périodes d'excitation reviennent au moins tous les deux mois et offrent les mêmes caractères. Jan. a une tendance à marcher courbé. Il s'amuse souvent à rire en faisant des grimaces. Il aime à être flatté; il a assez de volonté et est même parfois très tenace. En général il a beaucoup d'ordre dans ce qu'il fait et tient bien ses cahiers; il est peu sensible à la douleur et ne pleure jamais quand il se blesse ; il est menteur pour le plaisir d'inventer; il aime à dire les choses les plus extravagantes; Ex: « Tenez, vous voyez mon chapeau, il est fait avec des plumes de lapin. Ma mère a été soldat. » Il possède à un certain degré la faculté de comparaison; son raisonnement est souvent faux, la mémoire est bonne. (PL. VIII et X, *fig.* 7.)

1891. — 24 *Janvier.* — Depuis longtemps Jan.. n'a plus eu de périodes d'excitation ni de périodes de tristesse. Il est beaucoup plus obéissant qu'autrefois, il ne donne plus de coups;

il aide à faire les corvées ; il lui arrive de nouveau de gâter de temps en temps pour les urines, très rarement pour les garde-robes. (PL. X, *fig*. 8.)

8 *avril*. — Jan... est très agité depuis deux jours ; il se promène à grands pas dans la cour, chantant et sifflant ; ses yeux sont rouges et pleins de larmes ; il est salace et essaye de manger toutes sortes d'ordures : étoupes, morceaux de papier, bouts de cigarettes, araignées, etc. A l'atelier de cordonnerie, il s'est emparé d'un vase contenant de l'huile à brûler, et en a bu. Il s'est faufilé auprès d'ouvriers qui travaillaient dans la cour du gymnase, a pris une gamelle remplie d'eau de briques et en a ingurgité une partie, en disant qu'il voulait s'empoisonner. Il se vante de manger des excréments dans les « chiottes » et dit qu'il mangerait des vieux rats crevés.

10 *avril*. — L'excitation persiste. Hier il a mangé de l'encaustique et peu après s'est plaint de coliques. L'interne de garde lui a prescrit un vomitif. Le lendemain, nous lui avons prescrit un purgatif, il a eu des selles copieuses qui sentaient l'encaustique. Les urines qui ont été très abondantes exhalaient la même odeur ; le sommeil a été bon. Ce matin, l'excitation a fait place à de l'abattement. « Je suis abruti, dit-il. » Il prétend que l'encaustique est une bonne chose et que ça sent le miel. Son haleine sent encore beaucoup l'essence de térébenthine.

11 *avril*. — Une seule garde-robe sentant à peine l'encaustique ; urines peu abondantes, sans odeur particulière. Jan... dit qu'il se trouve beaucoup mieux et se plaint qu'à l'atelier, ses camarades le taquinent, lui jettent des clous et l'appellent « tête de singe ».

22 *avril*. — Courte période d'excitation.

31 *mai*. — Agitation pendant deux jours : gestes désordonnés, court dans la cour, menace de s'empoisonner avec de la potasse et du jus de tabac, se déshabille, divague ; il propose aux infirmiers de les emmener boire de l'absinthe et titube en marchant comme un homme ivre.

27 *juin*. — *Puberté*. — Les moustaches sont assez fournies et longues, surtout aux extrémités et vont rejoindre la barbe en formant un cercle complet autour de la bouche (PL. VIII et IX). Les poils sont chatains-roux, raides, non frisés au niveau du menton : plus frisés, plus abondants, plus foncés et plus soyeux au niveau du collier, qui ne va pas au-delà du cartilage thyroïde. Les favoris sont noirs, longs et bien fournis. En

avant, la poitrine est glabre; en arrière, il existe un fin duvet qui descend sur la région lombaire qu'il recouvre toute entière et descend sur les fesses. Il est plus abondant à gauche qu'à droite. Les bras et les avant-bras sur leurs faces externes et postérieures sont très velus. Les poils sont très abondants au niveau du pénil et ont envahi les aines et toute la partie supérieure de la région interne des cuisses. Du pénil part une trainée de poils peu fournie qui se prolonge jusqu'au-dessus de l'ombilic. Les fesses, les cuisses, surtout en arrière, sont très velues, de même que les jambes, sans en excepter le creux poplité. Bourses pendantes plus à gauche qu'à droite. Balanite légère. Testicules égaux du volume d'un œuf de pigeon. La verge à 13 cent. de longueur et 10 cent. de circonférence.

A l'école, il lit bien les mots faciles, copie assez lisiblement, fait des additions et des petites soustractions, retient bien les chants possède la notion du temps, de la forme des objets, des couleurs, etc. Il a beaucoup d'aptitude pour les travaux grossiers, nettoie très bien les cabinets. Son caractère est moins violent. Il plaisante, fait des grimaces. Souvent il s'avance près de quelqu'un, allonge la tête et ouvre largement la bouche comme pour le dévorer et il dit : « moi, je vous mangerais bien. » Une autre fois : « moi, je mangerais bien un baquet d'haricots, un baquet de moutarde. J'ai mangé ce matin dix-sept assiettées de soupe; je me suis envoyé tout le plat de légumes à moi seul. » Il ment pour le plaisir de mentir, aime beaucoup dire des choses extravagantes. Il est devenu assez propre sur sa personne et ses vêtements. Il mange gloutonnement. Enfin, il a fait quelques progrès à l'atelier de cordonnerie.

Dentition.— Elle est complète (16 dents), En haut, les dents sont fortes, longues, solidement implantées, de bonne qualité, régulièrement rangées sur une arcade allongée en arrière et très ovale en avant. Les canines sont très dégagées. — A la mâchoire inférieure, les dents ont les mêmes caractères, mais sont un peu plus serrées et l'arcade est très ovalaire. Au lieu de s'entrecroiser, les dents supérieures recouvrant les inférieures en avant, les dents se rencontrent bout à bout dans des rapports étroits et serrés, mais sans usure. Les incisives des deux mâchoires étant très légèrement obliques en avant, il en résulte un peu de projection de la mâchoire, très évidente lorsque les lèvres s'entr'ouvent (type ovalaire). — Gencives en assez bon état, un peu déprimées par le tartre à la mâchoire inférieure.

En avant, bonne dentition, léger défaut d'articulation. (Note du Dr Cruet).

En raison de l'intérêt qu'offrait ce malade, nous l'avons gardé aussi longtemps que possible dans le service. Mais son développement physique s'étant accentué, nous avons signé son passage dans une section d'adultes, ce qui a été fait le 31 juillet 1891.]

PROGRESSION DU POIDS ET DE LA TAILLE DE JAN... (1879-1891)

ANNÉES.	MOIS.	POIDS.	TAILLE.
1879	Novembre..........	20 k. 050	1m 15
1880	Septembre.........	21 800	1 20
1881	Juillet............	23 090	1 22
1882	Janvier	26 060	1 24
	Juillet	24 080	1 25
1883	Juillet	25 300	1 29
	Janvier	26 020	1 30
1884	Janvier	27 »	1 32
	Juillet	28 500	1 34
1885	Janvier	31 400	1 38
	Juillet	33 100	1 41
1886	Janvier	35 600	1 45
	Juillet	38 800	1 48
1887	Janvier	40 500	1 51
	Juillet	44 600	1 52
1888	Janvier	44 »	1 53
	Juillet	45 200	1 55
1889	Janvier	46 »	1 55
	Juillet	48 300	1 55
1890	Janvier............	49 100	1 575
	Juillet	50 200	1 575
1891	Janvier	48 »	1 57
	Juillet	51 800	1 57

MENSURATIONS DE LA TÊTE.	1883 — JUIN	1887 — JUIN	1888 JAN.	1888 JUIL.	1889 — JUIL.	1890 — JUIL.	1891 — JUIL.
Circonférence horizontale maxima.	0.440	0.445	0.452	0.470	0.470	0.470	0.480
Demi-circonférence bi-auriculaire.	0.240	0.300	0.305	0.315	0.305	0.305	0.305
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez...	0.265	0.265	0.290	0.300	0.305	0.305	0.301
Diamètre antéro-postérieur maximum	0.135	0.140	0.145	0.150	0.147	0.147	0.15[illegible]
Diamètre bi-auriculaire...........	»	0.108	0.120	0.125	0.120	0.12[illegible]	0.12[illegible]
— transversal maximum (1)	0.120	0.125	0.120	0.131	0.129	0.129	0.12[illegible]

(1) Les petites différences qu'on peut noter en moins d'une année sur l'autre peuvent tenir à l'état de la chevelure, bien que nous ayons, autant que possible, le soin de les prendre quand les cheveux ont été récemment coupés. Les enfants ont toujours les cheveux courts.

Bien qu'il s'éloigne de la question spéciale que nous envisageons — la microcéphalie — il est un point de cette observation que nous jugeons à propos de relever : il s'agit de l'*épilepsie*, complication que nous avons notée dans trois des sept observations que nous avons publiées. Les accès, chez Jan..., ont disparu après s'être montrés durant plusieurs années et ont été remplacés par des *périodes d'excitation*, alternant avec des *périodes de mélancolie*.

Les renseignements détaillés que nous avons consignés dans l'observation nous dispensent d'insister de nouveau sur les troubles intellectuels.

OBSERVATION III.

SOMMAIRE. — *Antécédents paternels négatifs. Mère nerveuse. Grand-père paternel excès de boisson. Grand'tante maternelle migraineuse. Sœur de mère morte de convulsions.* ***Enfant naturel : arrêt de développement et tête très petite***

à la naissance (microcéphalie très prononcée et prognathisme supérieur). Convulsions répétées à un an. Fugues solitaires. Imitation des animaux. Kleptomanie. Accès de colère. Grimaces de la face. Défaut de prononciation. Echolalie. Idiotie. Amélioration notable sous l'influence du traitement.

Arnou.. Gabriel, né à Yssy-l'Évêque (Saône-et-Loire), le 20 mai 1876, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 30 mars 1885, à l'âge de neuf ans.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère en juin 1885). — Enfant naturel. — *Père* environ trente ans, domestique chez l'oncle de la mère. « Il n'a pas la tête grosse, mais elle est régulière. On m'a dit que lorsqu'il était petit il n'avait pas beaucoup d'esprit, qu'il était d'un caractère sauvage. » Il est sobre, grand, mince, d'un caractère gai, intelligent, assez instruit, laborieux : « il faisait tout ce qu'il voulait. » Pas de maladie nerveuse, etc. Aucun détail sur sa famille ; il est lui-même enfant naturel. « Sa mère n'avait pas beaucoup d'esprit ; elle était laide mais non difforme. Il avait des frères et des sœurs que je ne connais pas. »

Mère, vingt-sept ans, domestique, brune, physionomie plutôt agréable, bonne tenue, intelligente. Elle est un peu nerveuse, mais n'a ni migraine ni attaques de nerfs, etc. [*Père*, bien portant, *excès de boisson* ; il s'est remarié deux fois après la mort de sa femme et elle ne l'a jamais revu. — *Mère*, morte un an après la naissance de la personne qui nous renseigne, avait été longtemps malade de misère, de faim, d'ennuis (son mari avait déjà des rapports avec la femme qu'il a épousée peu après.) — *Grands parents paternels*, pas de détails, si ce n'est que sa grand'mère paternelle était très méchante, et avait rendu sa propre mère très malheureuse. — *Grand-père maternel* mort d'une fluxion de poitrine à soixante-huit ans. — *Grand'mère maternelle* morte de chagrin et usée parce que son fils était parti pour la guerre de 1870.— Un *oncle* bien portant, sans antécédents nerveux ainsi que ses enfants. Une *tante*, migraineuse, qui a élevé l'enfant et l'aurait battu. — Sept *frères* ou *sœurs* : quatre sont morts tout petits on ne sait de quoi, le cinquième s'est enfui du pays parce qu'il était maltraité par son père et sa grand'mère paternelle ; les deux autres sont deux jumeaux, dont l'un est vivant. — Pas d'autres jnmeaux, pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge, trois ans. Deux *enfants* : Le premier est notre malade ; la seconde, d'un autre père, est morte on ne sait pas de quelle maladie ; elle aurait eu des *convulsions*.

Notre malade. — A la *conception*, père et mère bien portants. La mère pensait épouser son amant et a eu des rapports avec lui pendant deux mois. — *Grossesse* : beaucoup de chagrins en raison des reproches que lui faisaient son oncle et sa tante. Ni coups, ni chutes, ni peur, ni tentatives abortives, ni alcoolisme, ni œdème, etc. — *Accouchement*, à terme, rapide, sans chloroforme. — A la *naissance* pas d'asphyxie ; l'enfant a crié tout de suite, il était « tout petit, tout petit ». Il avait « une toute petite tête, toute ronde ». Elle dit qu'elle avait le ventre peu volumineux et qu'on n'eût pas dit qu'elle était enceinte (L'oncle voyant les rapports de sa nièce et de son domestique et ignorant la grossesse, mit le domestique à la porte. C'est sa mère, à lui, qui empêcha le mariage parce qu'elle était trop jeune et qu'ils étaient tous deux sans fortune.) L'enfant a été élevé au biberon par sa grand'tante maternelle (lait de chèvre). Sa mère ne l'a revu qu'au commencement de l'année 1884, c'est-à-dire à sept ans et demi. La tante chez laquelle il était à la campagne, avait écrit à la mère qu'elle ne pouvait le garder plus longtemps parce qu'il se sauvait dans les champs toujours seul, ne revenant que pressé par la faim et parce qu'on ne pouvait l'envoyer à l'école. Sa mère a été très surprise de le voir dans l'état où il était. On ne lui avait rien dit pour ne pas lui faire de peine. On lui a raconté qu'il aurait eu des *convulsions* plusieurs fois, sans pouvoir en fixer les caractères ni le nombre exact. La dernière fois on avait cru qu'il était mort On ne sait à quel âge il a parlé ; mais à son retour, il parlait très mal, on ne le comprenait pas. Il *imitait les animaux*, il donnait des coups de tête, bêlait comme les moutons et chevrottait comme les chèvres ; il imitait les chiens, les chats, les vaches (1). Il jurait. Dans toutes ces actions, si on le réprimandait, il cessait. Il n'était pas méchant, mais colère, boudeur. Il paraissait aimer sa tante, mais il avait l'air de la craindre ; il l'a quittée sans pleurer et n'en a pas parlé dans la suite. On ne sait à quel âge il a marché et été propre. On croit qu'il n'a eu ses premières dents qu'à treize mois. A son arrivée à Paris, sa mère l'a mis

(1) On peut attribuer ces habitudes au long séjour de l'enfant à la campagne où il voyait chaque jour des animaux.

en garde chez son concierge ; celui-ci était cordonnier et l'enfant l'imitait. Une nuit la sonnette électrique l'ayant réveillé, il a sauté de son lit ; il ne savait plus où il était, voulait se sauver, cherchait la porte et ne voulait plus se recoucher. Le lendemain, en entendant sonner, il n'eut plus peur. A la campagne il n'urinait jamais au lit, il satisfaisait ses besoins dans les champs. A Paris, les premiers jours, il urinait au lit, il ne voulait pas aller aux cabinets, mais dans la rue. Sa mère l'a gardé huit jours. Il était déjà amélioré et avait cessé une partie de ses grimaces. Pas d'onanisme, pas de bave, de grincement de dents, ni de balancement. Son caractère est plutôt affectueux. Il aime à coudre et à ramasser des chiffons. Au bout de huit jours, il fut placé à l'Asile clinique où il a eu la rougeole. Une fois remis, il a été envoyé à Bicêtre.

1885. 14 *avril*. — Arn... parle très vite, il est difficile de le comprendre. Il est *écholalique*, il répète ce qu'on dit devant lui, parfois même il imite les gestes. Si la phrase est longue, il ne répète que les derniers mots ou s'il répète les premiers ils sont incompréhensibles. Où est maman ? « Maman. » — Comment s'appelle mademoiselle ? « s'appelle mademoiselle. » Rarement il parle spontanément, il faut qu'il y soit poussé. Par exemple il vient se plaindre si un camarade l'a battu, demande du pain, du vin, à aller aux cabinets. La prononciation est défectueuse : ainsi il prononce papier « pié », bonjour « lajour », couteau « cteau. »

Il mange proprement avec la cuiller et la fourchette. Il ne se sert pas du couteau. Bon appétit, sans voracité ; mastication régulière ; ni salacité, ni rumination ; selles quotidiennes ; pas de gâtisme. Bonne tenue ; caractère jaloux et méchant ; il se bat sans cesse avec ses camarades et il crie s'il n'est pas le plus fort. Il est atteint de *kleptomanie* : il vole des livres, des clefs, etc., mais non des gourmandises. Il se débarbouille assez mal, se lave les mains, sait s'habiller et se déshabiller et le fait promptement. *Grimaces* et *tics* de la face : il ouvre les yeux autant qu'il peut et plisse le front. Ses grimaces rappellent celles de Jan., autre microcéphale du service, qui en le voyant s'écria : « Tiens, c'est mon frère ». (OBSERVATION II.) Souvent aussi il imite les singes.

Aucune notion de l'écriture, de la lecture, des couleurs, des leçons de choses. — *Traitement* : Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, un bain salé par semaine ; gymnastique ; petite école.

30 *mai.* — Eczéma de la racine du nez et des joues. — L'écholalie persiste.

Octobre. — La parole s'améliore ; Arn.... est moins jaloux et moins batailleur.

Novembre. — Arn.... commence à reconnaître les lettres, les chiffres, les couleurs. Il fait des « s » et des « m » sur l'ardoise. Il est habile à la gymnastique et y prête attention. Il commence à perdre l'habitude de voler.

1886. *Janvier.*— Arn.... parle beaucoup mieux, et plus à propos. Il connait maintenant toutes les choses de la classe, et porte attention à tout ce qu'on lui fait faire.

Mars. — Il perd progressivement l'habitude de répéter ce qu'on lui dit et de faire des grimaces.

Etat actuel (5 avril). — *Tête.* Le *crâne* est arrondi et conique, très atrophié dans sa partie postérieure où se trouve un méplat allant du vertex à la protubérance occipitale externe; dans le sens transversal, le crâne est relativement large. Le front est fuyant, assez élevé sur sa partie médiane (6 centimètres), mais se rétrécissant beaucoup sur les parties latérales. Les cheveux, châtain très clair, sont abondants, irrégulièrement plantés, descendent très bas sur les côtés du front et se continuent par un fin duvet blond jusque vers la queue des sourcils. (Voir plus loin les dimensions de la tête).

Face. — Les arcades sourcilières sont assez saillantes. Les sourcils, châtain foncé, sont accusés seulement dans leur partie interne. — Les *yeux,* moyennement enfoncés dans l'orbite, sont grands, largement fendus. L'iris est gris verdâtre; les pupilles sont égales. Les cils sont longs et abondants. — Le nez est gros, épaté, les narines largement ouvertes. — Les *lèvres* sont épaisses, très saillantes. Le menton est petit, peu fuyant. Dans son ensemble la face est ronde, mais oblique en bas et en avant. Elle rappelle un peu la face du nègre. — Les *oreilles* sont bien ourlées, mais très écartées de la tête ; le lobule est petit, détaché.

Dentition. — Douze dents à la *mâchoire supérieure* : canines et molaires de lait. Incisives centrales, grandes, légèrement écartées, obliques en avant. Douze dents à la *mâchoire inférieure* : canines et molaires de lait. Incisives serrées. — *Articulation* : léger prognathisme supérieur. Mâchoires très développées.

Le *cou* est mince (circonférence 26 centimètres), d'une lon-

gueur moyenne. Les épaules sont tombantes, bien développées, symétriques. — Le *thorax* est normalement conformé, peu musclé ; la fossette sous-sternale est très accusée. Circonférence sous les aisselles dans l'expiration, 60 centimètres ; au niveau des mamelons, 64 centimètres. Le dos est normal ; l'abdomen un peu proéminent. L'ensellure lombaire est très marquée.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont minces, mais bien constitués et symétriques ; les doigts, les orteils et les ongles normaux. Les mains sont rouges et froides.

La *digestion*, la *respiration* s'exécutent régulièrement. La *sensibilité générale* est intacte. — La *vue* est normale ; l'enfant ne connait pas bien les couleurs *L'ouïe* est bonne. *L'odorat* est obtus : l'ammoniaque, la valériane, l'eau de Cologne ne paraissent faire sur lui aucune impression. En ce qui concerne le *goût*, il est de même difficile d'obtenir un renseignement précis : la coloquinte lui fait faire la grimace ; mais il approuve si on lui dit que c'est bon.

Organes génitaux.— Verge : longueur 4 centimètres 5 ; circonférence 5 centimètres ; prépuce très long ; gland découvrable ; méat normal. Testicule unique et de la grosseur d'une olive. — Le visage, les aisselles, le pénil sont glabres. Pas d'onanisme.

1887. *Août*. — Plaque de *teigne* sur la partie antérieure du crâne, de la largeur d'une pièce de 2 francs. L'enfant est envoyé au *pavillon d'isolement*.

Novembre. — L'affection du cuir chevelu s'est améliorée considérablement ; il ne reste plus que quelques points douteux.

1888. 24 *février-2 mars*. — Embarras gastrique fébrile. *Juillet*. — *Organes génitaux* ; *puberté*. — Visage, aisselles et pénil glabres ; verge : longueur 52 mm. ; circonf. 50 mm. Scrotum pendant un peu plus à gauche qu'à droite. Les testicules sont descendus, égaux, du volume d'une grosse olive.

La *parole* se développe ; on note quelques progrès en *écriture* ; Arn... reconnait toutes les lettres mais seulement quand on les lui présente dans l'ordre ; il compte jusqu'à 50.

1889. *Juillet*. — Ar.. a fait des progrès surtout en écriture, en gymnastique, et en connaissances usuelles. Il répond généralement aux questions qu'on lui pose ; mais sa parole est

toujours peu intelligible. Il ne répète presque plus les mots qu'on lui dit. Son *caractère* aussi s'est amélioré ; il est moins voleur, et moins jaloux. Il connaît bien les couleurs, les noms et les usages des différentes parties de son corps, de son habillement et des objets usuels. Il fait aussi moins de grimaces. Il aime à s'occuper et prend plaisir à nettoyer la vaisselle au réfectoire. Il est maintenant apprenti vannier et travaille uue demi-heure par jour.

Puberté. — Très léger duvet sur la lèvre supérieure, tronc, aisselles et membres glabres. — Léger duvet sur le pénil ; quelques poils au pourtour de l'anus. Longueur de la verge 52 millimètres, circonférence 62 millimètres. Scrotum un peu plus pendant à gauche qu'à droite ; les testicules égaux, normalement situés, ont le volume d'un petit noyau de pêche. Pas d'onanisme.

MENSURATIONS DE LA TÊTE DE 1886 A 1889.

	1886	1888	1889
Circonférence horizontale maxima	450mm	465mm	470mm
Demi-circonférence bi-auriculaire	260	273	280
De l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.	280	295	295
Diamètre antéro-postérieur maximum	145	146	146
Diamètre bi-auriculaire	»	119	118
— transversal maximum	135	134	138

PROGRESSION DU POIDS ET DE LA TAILLE D'ARN...

	1885	1886		1887		1888		1889	
	MARS	JANV.	JUIL.	JANV.	JUIR.	JANV.	JUIL.	JANV.	JUIL.
Poids........	19.050	19.650	21.305	23.600	23.800	25.100	26.200	26.500	29.000
Taille........	1m 14	1m 18	1m 195	1m 21	1m 24	1m 25	1m 27	1m 275	1m 295

Les tableaux qui terminent cette observation, ainsi que ceux qui accompagnent la précédente, nous paraissent mériter l'attention. Ils permettent, en effet, de suivre le développement de la tête, d'une part, et d'autre part, le développement physique général dans deux de ses principaux caractères: le *poids* et la *taille*.

Quant au tableau des mensurations de la tête, il nous semble aller aussi, par les résultats qu'il contient, à l'encontre de l'hypothèse qui attribue la microcéphalie à l'ossification prématurée du crâne, puisque nous voyons s'élever chaque année le chiffre des différentes dimensions de la tête. Sur ce point si important nous devons d'ailleurs nous borner à de simples réflexions, le nombre restreint des cas suffisamment étudiés et durant un laps de temps convenable ne nous autorisant pas à tirer une conclusion définitive (1).

(1) Les observations contenues dans nos deux mémoires renferment des indications non seulement sur le poids, la taille, le développement de la tête, mais encore sur l'évolution des organes génitaux et les phénomènes qui caractérisent la *puberté*. Ces recherches, que nous poursuivons depuis 1879, nous permettront peut-être un jour de décrire d'une façon convenable la *puberté* chez les idiots et les épileptiques. (B.)

OBSERVATION IV.

SOMMAIRE. — *Père : accès de mélancolie ; suicidé, Grand-père paternel mort aliéné. Antécédents maternels nuls. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de quatorze ans. Microcéphalie et prognathisme supérieur à la naissance. Marche à vingt et un mois. Jamais de convulsions. Imbécillité. Fugues. Parole très limitée. Réponses par signes ou par écrit. Éducabilité possible.*

Mari.., Charles-Maurice, né le 20 décembre 1876, à Paris, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 27 juin 1889.

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère le 28 juin 1889). *Père*, commerçant, sobre, s'est suicidé à quarante-sept ans, à la suite de pertes d'argent. Pas de renseignements sur sa vie avant son mariage, si ce n'est qu'à vingt ans il aurait eu un accès de *mélancolie* de quelques mois ; mais n'a pas été enfermé ; pas d'autres manifestations nerveuses. [*Père*, mort fou à Charenton, à la suite de pertes d'argent. — *Mère*, morte d'une fluxion de poitrine. — *Grands parents* inconnus. Une *tante maternelle* a quatre-vingt-cinq ans et se porte bien, — Un *frère*, mort à sept ans d'une maladie d'estomac]. Pas d'autres aliénés, pas de paralytiques, d'épileptiques, etc., dans la famille.

Mère, trente-deux ans, brune, traits réguliers, intelligente ; fièvre typhoïde à sept ans ; pas de convulsions dans l'enfance, ni de maladie de peau, ni de céphalalgies, etc. Mariée à seize ans. [*Père*, mort à quarante-trois ans d'une maladie de foie ; on ne sait s'il faisait des excès de boisson. *Mère, grand-père maternel*, nul détail. — *Grand'mère maternelle*, morte à quatre-vingt-sept ans. Pas de renseignements sur les *grands parents paternels*. — Deux *oncles* et deux *tantes* maternels bien portants, ainsi que trois *frères* et leurs enfants. — *Pas de consanguinité*. Différence d'âge entre le père et la mère, quatorze ans. — Un seul *enfant* et deux fausses couches.

Notre malade. — A la *conception* tous deux étaient en bonne santé et « en bon accord ». — *Grossesse* régulière, ni vomissements, ni peur, ni chutes, ni alcoolisme, etc. — *Accouchement* à terme, un peu long, mais naturel et sans chloroforme. — A la *naissance*, pas d'asphyxie, l'enfant a crié de suite. — Élevé au sein jusqu'à quatorze mois, il n'a marché

que vers vingt et un mois. Il n'a jamais été propre : il gâte au lit, matières fécales et urine. Il aurait du prolapsus rectal. — « Il a commencé à parler aussitôt que les autres enfants, mais il n'a pas fait de progrès ». Première dent à six mois. Rougeole à trois ans. Pas de *convulsions*. Il a eu la *coqueluche* alors qu'il tétait encore. Pas d'autre maladie, aucune manifestation lymphatique. Il semble affectueux, cependant il quitte ses parents sans pleurer et n'a pas montré d'émotion, quand, il y a trois mois, on lui a dit que son père était mort. Il a essayé plusieurs fois de se sauver : mais n'a jamais découché. Il ne court pas après les petites filles et ne se masturbe pas. Il touche à tout, et jette les objets par dessus les murs pour faire des niches. Il déchire ses vêtements et a la manie de se déshabiller. Pas de rêves, de cauchemars, de peurs nocturnes; pas de pyromanie, ni de kleptomanie.

Etat actuel. 30 juin 1889. — *Tête* ovoïde à grosse extrémité postérieure. La région occipitale est assez développée; les bosses pariétales sont tout à fait déprimées ; aussi la tête paraît-elle aplatie latéralement.

Le front est bas (36 millimètres), il n'y a pas à proprement parler de bosse frontale, il y a de chaque côté une dépression très prononcée, Les arcades sourcilières sont très effacées. Il semble y avoir une rainure au niveau de la suture fronto-pariétale et des sutures fronto-temporales. Un peu au-dessus de l'occiput et du côté droit on note quatre cicatrices.

Les *oreilles* sont un peu grandes, écartées du crâne ; l'ourlet est à peine marqué ; le lobule est bien détaché. L'enfant porte la tête un peu relevée et inclinée du côté gauche.

Circonférence horizontale maxima...............	50 c. 1/2
Demi-circonférence bi-auriculaire	32
Dist. de l'art. occipito-atl. à la racine du nez....	36
Diamètre antéro-postérieur maxima	17 2
Diamètre bi-auriculaire..........................	11 5
Diamètre bi-pariétal	13 3

Face. — Sourcils peu abondants. Yeux petits ; pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à la distance. Nez gros, surtout dans sa partie médiane ; légère courbure à convavité gauche. La pommette droite est plus saillante que la gauche. Les lèvres ne présentent rien de particulier : mais l'enfant tient constamment sa bouche entr'ouverte.

Dentition. — *Mâchoire supérieure* : 14 dents saines, assez bien rangées, blanches, contigües. Canine droite incomplètement sortie. Canine de lait gauche encore en place. *Mâchoire supérieure* : 13 dents saines, assez bien rangées ; la première molaire gauche manque. *Articulation* assez régulière. Léger *prognathisme* supérieur ; gencives en bon état. La voûte palatine est profonde ; le voile du palais normal.

Le *cou* offre un volume normal, circonférence 30 centimètres. Le thorax est symétrique. Pas de déviation rachidienne. Le ventre est souple.

Les *membres supérieurs* sont de volume égal, bien musclés ; les articulations sont souples ; à droite et à gauche la première phalange de l'index offre un volume plus considérable que la seconde. Les *membres inférieurs* sont égaux, sans malformation ; pas de cyanose. Les différents organes : cœur, poumons, foie, rate, etc. sont sains et les fonctions régulières.

Organes génitaux et puberté. — Visage, aisselles, pénil, entièrement glabres. Longueur de la verge, 55 millimètres ; circonférence, 60 millimètres, gland découvrable, méat normal. Testicules normalement situés, égaux, du volume d'une *petite olive*.

Sensibilité générale, normale. — *Odorat* peu développé. — *Goût* : quand on met de la coloquinte sur la langue de l'enfant, il dit que c'est agréable tout en faisant une grimace. — *Ouïe* et *vue* bonnes ; l'enfant ne connait pas les couleurs par leur nom.

Poids, 31 kilog. 300. — *Taille*, 1 m. 29. Dynamomètre : main droite, 17 ; main gauche, 15.

La *parole* est à peu près nulle : on parvient très difficilement à lui faire prononcer un mot et plus facilement les monosyllabes. En général, il bave quand il parle. Il faut le forcer à parler, son habitude est d'écrire ce qu'il veut dire sur un tableau, une ardoise, du papier ou sur une table avec un doigt ; dans ce cas il mouille le doigt avec de la salive. Il aime beaucoup à interroger par signe et demande de cette manière le nom des personnes qui l'entourent, puis il essaie aussitôt de l'écrire ; lorsque l'orthographe en est difficile, il attend qu'on lui dicte les lettres.

Mar... sait lire. On s'en est aperçu non à ce qu'il prononçait les mots, mais parce que, dans quelques cas, on voit qu'il comprend. Par exemple s'il aperçoit sur un tableau la date de la veille, il l'efface, ou s'il la voit sur un calendrier, il arrache le feuillet. L'écriture est grosse, assez lisible, il aime surtout à écrire au tableau noir. Il ne peut écrire une phrase dictée ;

il écrit cependant assez facilement la réponse à la question qu'on lui pose. Il ne compte pas tout haut, mais il écrit les nombres jusqu'à 110.

Mar... connait à peu près tout ce qui est contenu dans les boites, il se trompe souvent en plaçant les couleurs. Il ne connait aucune étoffe. Il a la notion des poids, du temps, mais non des solides et des surfaces.

A la gymnastique il se prête aisément à l'exécution des mouvements ; il saute bien. Il se tient mal au *réfectoire*, et se dérange constamment pour aller et venir. Il se sert convenablement de la cuiller et de la fourchette, mais mal du couteau. Il saisit bien les aliments ; la mastication est bonne ; il n'y a ni bave, ni succion, ni rumination ; la digestion et les selles sont régulières. Il sait se laver, s'habiller, se déshabiller seul ; sa tenue est assez bonne.

Pas de tics. L'enfant a la manie de ramasser les bouts de cigarettes, de les débarrasser du papier, puis de mâcher le tabac. Son *caractère* est assez affectueux ; il aime qu'on s'occupe de lui, il est assez obéissant. Avec ses camarades, il est souvent méchant ; quand il en voit deux se disputer ou se battre il va près d'eux, les sépare et les frappe tous deux.

Pour compléter les descriptions que nous venons de donner nous croyons devoir présenter les malades des OBSERVATIONS II, III et IV et mettre sous les yeux des membres du Congrès le buste, les photographies, le squelette de la tête et le cerveau du malade de l'OBSERVATION I.

Si l'on veut bien comparer le cerveau et ses photographies, aux planches qui représentent les malades Cher.. et Eder... dont nous avons publié les observations en 1881, on verra combien est différent le cerveau de ces trois malades et que la microcéphalie est loin de reconnaître toujours pour cause le même arrêt de développement dans l'évolution du cerveau. L'examen de la calotte du crâne de Cher. et de Clut. rapproché de l'examen des cerveaux montre, croyons-nous, que l'opinion qui rattache la microcéphalie à une ossification prématurée

des sutures, si elle est exacte dans certains cas, est peut-être loin d'être la règle.

Nous avons également montré au Congrès un petit microcéphale, Mazi... Henri, né à Créteil le 2 juillet 1884, don tnous nous bornerons à résumer ici sommairement l'observation.

OBSERVATION V. (*Résumé.*)

SOMMAIRE. — *Grand-père paternel alcoolique, mort d'un cancer du pylore. — Arrière grand-père et deux grands-oncles paternels alcooliques. — Mère, grand'mère, grand'-tante et tante maternelles, migraineuses. — Grand'tante maternelle suicidée. — Tante aliénée.— Inégalité d'âge de sept ans entre le père et la mère.*

A l'entrée, Mazi... était complètement gâteux; il lui était impossible de se tenir debout. La jambe gauche paraissait un peu plus faible que la droite. On notait chez lui du tournoiement de la tête, des grincements de dents et un balancement antéro-postérieur du tronc. La parole est absolument nulle. Il crie et pleure une partie de la nuit; il dort le matin. L'attention peut être fixée. L'appréhension se fait assez bien; toutefois M... n'aide en rien pour s'habiller et se déshabiller et ne sait pas se servir de la cuiller. Il est affectueux et reconnait ses parents.

Traitement : exercer l'enfant à se tenir debout et à marcher; le placer sur le vase à des heures régulières ; exercices de la parole; sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, bains salés.

Bien que, de son entrée au mois d'août de cette année, divers accidents aient entravé le traitement, déjà nous avons obtenu chez cet enfant une amélioration encore peu prononcée, mais indubitable. Le corps et la tête se sont développés ainsi que le prouvent les tableaux suivants :

	Janvier 1888.	Juillet 1889.
	—	—
Poids	6 k. 500	8 k. 400
Taille	65 c. »	67 c. »
Circonférence horizontale maxima de la tête	40 »	41 5
Demi-circonférence bi-auriculaire..	25 »	27 »
Distance de la racine du nez à la		

protubérance occipitale externe.	30	»	30	5
Diamètre antéro-postérieur maximum	14	2	14	5
Diamètre bi-auriculaire	9	»	9	1
— bi-pariétal	10	5	11	2

L'enfant commence à se tenir sur les jambes, ne gâte plus que par moments, demande le vase. Il dit très bien : papa, maman, ça y est, non, voilà. En nous appuyant sur ces résultats, nous pouvons espérer que dans un temps plus ou moins long, l'enfant sera tout à fait propre, marchera et parlera.

Les observations qui précèdent et que nous aurions pu aisément multiplier, font voir que les idiots microcéphales sont susceptibles d'être améliorés d'une manière très notable. A ce point de vue, nous relèverons seulement les progrès constatés chez les malades des observations II et III.

C'est à la fin de 1880, que Jan... a été en mesure de tracer des bâtons avec un crayon sur un cahier. En 1886 il écrivait des mots en caractères d'un centimètre et faisait passablement des chiffres à peu près de la même dimension. Aujourd'hui (août 1889), il trace des lettres et des chiffres de 4 à 5 millimètres de hauteur, écrit sous la dictée des mots simples (dada, dame, fumée, bobo, radis, poche, etc.), opère des additions et des soustractions simples ; la parole est libre, il peut suivre une conversation. A l'atelier de cordonnerie, il fait assez bien les coutures. Sous le rapport de la tenue, de la propreté, il s'est opéré un grand changement. (Voir PL. X).

Arn... (Obs. III) a commencé à faire des bâtons au mois de juin 1886, des lettres et des chiffres d'un centimètre, en juin 1888, à écrire en caractères ordinaires en octobre 1889. Il est très souple, très habile à la gymnastique. Il a appris à écrire, à compter jusqu'à 50; il connaît toutes les lettres, mais est encore incapable d'assembler ; il sait le nom et l'usage des animaux et

de tous les objets qui l'entourent. Il a perdu à peu près complètement l'habitude de faire des grimaces, de se battre de crier et de voler. Il est devenu moins jaloux et moins coléreux, est heureux d'aider aux travaux du ménage ; il apprend un métier et y met une certaine application.

Le traitement pédagogique et médical n'a pas donné chez ces deux malades, surtout chez le premier, tout ce qu'on est en droit d'en attendre. Il a été commencé tard et nous avons eu à lutter non seulement contre l'état d'idiotie, tel que l'avaient produit les lésions pathologiques, mais encore contre des habitudes vicieuses qu'une longue inaction avait laissé s'établir. Règle générale, plus l'intervention est précoce, plus nombreuses sont les chances d'amélioration. Et c'est précisément en raison de cette intervention, dès les premières années de la vie, que nous sommes persuadé que l'enfant Maz... (Obs. V) fera sous tous les rapports, des progrès considérables que nous serons heureux de faire constater aux membres du Congrès qui nous ont fait l'honneur d'entendre notre communication et qui voudront bien venir ultérieurement visiter notre service (1).

(1) Nos prévisions se sont amplement réalisées. Henri Maz.. est devenu tout à fait propre ; il marche et court ; il mange et se déshabille seul ; il sait prononcer le nom de toutes les parties de son corps, de sa vêture, de tous les objets qui l'environnent et des personnes qui le soignent. Nous publierons son observation dans le *Compte rendu* de 1891.

X.

Contribution à l'étude de la porencéphalie et de la pseudo-porencéphalie;

PAR BOURNEVILLE et SOLLIER.

Parmi les nombreuses lésions ou arrêts de développement qu'on rencontre chez les idiots, il est une forme peu commune, dont l'histoire renferme encore bien des lacunes, surtout au point de vue pathogénique, c'est la *porencéphalie*. Notre intention n'est pas d'en refaire ici l'histoire, pas plus au point de vue anatomo-pathologique que clinique. Cette histoire a été faite d'une façon remarquable par Kundrat dans un mémoire assez complet pour ne laisser guère à insister que sur des particularités et des détails. Depuis son travail on n'a guère fait qne publier de nouvelles observations confirmatives de sa description et M. Audry (de Lyon) a rassemblé récemment dans une excellente revue tout ce qu'on sait sur ce sujet en apportant lui-même quelques nouveaux cas (1). Nous voulons simplement rapporter ici quatre nouvelles observations personnelles, avec photographies à l'appui, recueillies depuis 1883 dans le service des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre, et en tirer les quelques considérations qu'elles comportent.

---

(1) Audry. — *Revue de médecine*, 1888.

On comprend aujourd'hui sous le nom de *porencéphalie* toutes les pertes de substance étendues de l'hémisphère ; il suffit qu'il y ait disparition d'un certain nombre de circonvolutions, une cavité plus ou moins profonde dans l'hémisphère, pour qu'il y ait porencéphalie. Heschl, au contraire, qui a créé ce terme, ne considérait que les pertes de substance qui pénétraient jusqu'au ventricule latéral.

Nous pensons qu'on doit revenir à cette conception et qu'on ne saurait comparer entre elles deux lésions aussi dissemblables qu'un arrêt de développement et une perte de substance consécutive à un processus nécrobiotique quelconque. Il y a donc lieu, croyons-nous, d'admettre deux sortes de porencéphalie. Si l'on tient à conserver ce terme pour les pertes de substance par ramollissement ou autre cause, c'est de désigner celles qui résultent d'un arrêt de développement sous le nom de *porencéphalie vraie* et celles qui sont consécutives à un processus destructif sous le nom de *pseudo-porencéphalie*.

Nos quatre cas sont assez démonstratifs à cet égard. Dans le premier, la maladie est certainement congénitale. L'enfant était idiot dès sa naissance et l'a toujours été complètement. Il avait une hernie ombilicale et une hernie inguinale, manifestations d'un arrêt de développement général. La porencéphalie siégeait à droite seulement, et il y avait un orifice de communication avec le ventricule latéral, dans lequel plongeaient les circonvolutions, ainsi que Kundrat l'a fait remarquer pour les porencéphalies congénitales.

Dans le second cas la porencéphalie est double. Malheureusement nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels du malade. Nous avons encore affaire ici à la *porencéphalie vraie congénitale,* et les dépressions, les porus,

communiquent avec le ventricule latéral de chaque côté. L'enfant était un idiot complet, sans complication d'épilepsie non plus que le premier.

La troisième observation concerne un enfant hémiplégique, idiot et non épileptique, sur lequel nous manquons aussi de renseignements. Les circonvolutions disparues sont remplacées par un pseudo-kyste et sont coupées à pic en certains points comme par un processus destructif. Une membrane fibreuse tapisse le fond de la dépression et lui adhère d'une façon intime. En aucun point la poche, qui siège à gauche, ne communique avec le ventricule latéral.

Enfin dans notre dernier cas, qui paraît calqué sur le précédent sous le rapport anatomo-pathologique, nous nous trouvons en présence d'une pseudo-porencéphalie gauche sous forme d'un *pseudo-kyste* ne communiquant pas avec le ventricule latéral, et occupant comme le précédent presque tout le territoire de la sylvienne. L'enfant qui en était porteur était atteint d'imbécillité et d'épilepsie. Les convulsions se présentèrent dès la naissance, mais ce n'est qu'à quatre mois qu'on s'aperçut de son hémiplégie droite.

Dans ces deux derniers cas, il y avait une inégalité manifeste des hémisphères, ce qu'on observe à un moindre degré dans la porencéphalie vraie. En outre, on remarque qne c'est tout le territoire de la sylvienne qui est atteint, ce qui permet de supposer que c'est très vraisemblablement à un trouble circulatoire qu'il faut attribuer la pseudo-porencéphalie, ce trouble se produisant de préférence à gauche.

Quant aux troubles physiques observés, quoique la lésion soit à peu près la même dans les deux cas, et soit même plus étendue dans le dernier, nous observons des phénomènes bien différents : dans le premier, idiotie complète, sans épilepsie, avec hémiplégie droite

et contracture, dans le second imbécillité, avec épilepsie et hémiplégie droite compliquée de contracture mais sans trouble de la parole quoique la 3e frontale soit fortement endommagée.

OBSERVATION I. — PORENCÉPHALIE VRAIE, CONGÉNITALE, SIMPLE.

SOMMAIRE. — *Idiotie complète, idiopathique. — Mère chétive lors de la conception. — Chagrins pendant la grossesse. — Parole et marche nulles. Gâtisme. — Convulsions répétées depuis l'âge de huit mois, plus prononcées à droite. — Introduction d'aliments dans les voies aériennes. — Mort. Autopsie: porencéphalie simple.*

Saint-Arn... Jean-Alfred, six ans, est entré le 30 juillet 1883 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) et y est décédé le 5 octobre 1883.

Renseignements fournis par sa mère. — *Père* trente-trois ans, plumassier, grand, fort, bien portant; pas d'excès de boisson ni de tabac ; pas de migraines ni d'affections cutanées. Marié à vingt-six ans, après avoir été soldat; ne paraît pas avoir eu d'affections vénériennes. Il aurait eu des *convulsions* dans l'enfance sur lesquelles on n'a pas de détails. — [*Père*, bien portant, sobre. — *Mère*, morte à vingt trois ans on ne sait de quoi.— *Grand père paternel*, mort d'accident à vingt-six ans. —*Grand'mère paternelle*, morte très âgée, en enfance. — *Grands parents maternels*, pas de détails. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, de suicidés, de criminels etc., dans la famille.]

Mère, 25 ans, plumassière, bien portante, intelligente. Douleurs rhumatismales; pas de migraines ni de maladies de peau. Pas de convulsions dans l'enfance. Assez impressionnable, pleure facilement. Pas d'attaques ni de syncopes. Formée à dix-huit ans. 'Mariée à dix-huit ans et demi. — [*Père*, bien portant, solide, sobre. — *Mère*, bien portante, pas nerveuse, sobre. — *Grand-père paternel*, très fort, surnommé «l'hercule» mort usé par la *boisson* à soixante-trois ans. — *Grand'mère paternelle*, morte très âgée d'usure » ; 13 enfants. — *Grand père paternel*, forgeron, mort à soixante treize ans, on ne sait

de quoi ; non paralysé. — *Grand'mère maternelle*, morte âgée, de cause inconnue. — *3 sœurs*, très bien portantes, sans attaques de nerfs, ont des enfants en bonne santé. — *Cousine germaine*, 5 ou 6 accès d'épilepsie vers l'âge de quinze ans. — *Oncle paternel* un peu imbécile, n'a marché qu'à trois ans; boiteux de naissance; a cependant des enfants intelligents. — Pas d'épileptiques, etc., dans la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de huit ans. — Un enfant, notre malade, et une fausse couche à deux mois.

Notre malade. Au moment de la *conception*, la mère était chétive quoique assez bien portante. Elle était triste, tourmentée, se mettait en colère, pleurait. — *Grossesse* accidentée par des chagrins ; pas de coups ni de chutes, ni d'alcoolisme, etc. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. Pas d'asphyxie à la naissance. — Elevé au sein par sa mère jusqu'à trois mois, puis au biberon. Jamais il n'a été comme les autres enfants ; il laissait pencher sa tête, il ne fixait rien ; il n'écoutait rien; il riait niaisement ; cependant il était jaloux, pleurait quand sa mère caressait un autre enfant. Il n'a jamais parlé ni marché et a toujours été gâteux. Bave abondamment, suce son pouce droit. Pas de balancement. Il rit parfois aux éclats, a des accès de colère. — Première dent à treize mois : les autres dents ont poussé en huit mois.

A trois ans *premières convulsions* légères : occupant tout le corps et suivies de grincements de dents qui persistent encore. Secondes convulsions un mois après qui durèrent deux ou trois minutes. Quatre mois après, troisièmes convulsions, de même durée, intéressant surtout le côté droit. Depuis lors jusqu'à il y a cinq mois, il en a eu trois ou quatre fois par an, et toujours siégeant presque exclusivement à droite.

Il ne sait pas se servir de ses mains et il faut le faire manger. Il aime la musique, le sifflet du chemin de fer et à faire du bruit. Il n'a eu aucune maladie. A la naissance, il avait une hernie ombilicale et une hernie inguinable droite. Pas de croûtes dans les cheveux, ni ophtalmie, ni otite, ni dartres, etc., Pas d'onanisme.

Etat actuel. (4 octobre). — *Tête* à peu près ronde ; aplatissement de la moitié droite de l'occipital, surtout dans sa partie supérieure ; les régions pariétales sont arrondies et paraissent symétriques. Le *front* est assez haut, la bosse frontale droite est saillante, la gauche un peu déprimée. Légère dépres-

sion sus-sourcilière. Cils très longs, noirs. Pas de strabisme; un peu de nystagmus; iris bleus, pupilles dilatées. — *Nez* aquilin. Léger prognathisme. *Bouche* grande, lèvre supérieure mince, l'inférieure grosse. — Grincement de dents habituel. — *Oreilles* régulières, bien ourlées; lobules à demi-détachés. — Cheveux blonds, fins; sourcils blonds assez abondants. Pas de malformation des membres.

Mastication nulle. Rien de particulier dans la dentition, ni dentelures, ni érosions, etc. Pas de bave, pas de succion. Déglutition difficile. Il avale mieux quand il est couché et qu'on lui met les aliments dans le fond de la gorge; il ne prend d'ailleurs que des aliments liquides ou semi-liquides. Pas de vomissements, pas de rumination. Léger ballonnement du ventre. Selles normales. Balancement latéral de la tête. Pas de chantonnement, pas de cris. Il ne pleure pas; parfois pousse de petites plaintes. Pas de vertiges. Il ne paraît pas savoir se servir de ses mains. Tel qu'on le pose sur son lit, il reste. Il ne marche pas.

Organes génitaux bien conformés.— Gland découvrable.— Il garde le lit depuis un mois à cause d'une bronchite. Amaigrissement considérable. — La poitrine est large mais déprimée dans sa partie moyenne. — Pas de déviation de la colonne vertébrale.

5 *octobre*. — Une demi-heure après son repas, il est pris d'une dyspnée extrême; emphysème généralisé à la tête, au cou, au tronc et aux membres supérieurs. La cyanose va en augmentant, la respiration est de plus en plus pénible et il meurt quatre heures après.

Autopsie (6 octobre). — Emphysème sous-cutané très appréciable encore. Le tissu cellulaire rétro-sternal est également insufflé. — *Péricarde* normal. — *Cœur* normal, vide de caillots à gauche, distendu à droite (60 gr.). — *Cavités pleurales* libres d'adhérences, sans liquide. — *Hile pulmonaire* très emphysémateux. — Peu d'emphysème pulmonaire interstitiel, sauf autour des grosses bronches. — La *trachée* ouverte donne issue à un liquide blanc, mat, légèrement spumeux qui doit être du lait. *Poumons* volumineux: lobes inférieurs atélectasiés, d'un rouge foncé et crépitant encore un peu. Les bronches contiennent un peu de lait. Les lobes supérieurs des deux côtés sont très volumineux, et le doigt y laisse son empreinte. Il crépitent bien. On voit encore sourdre du lait des bronches, mais moins que dans les lobes inférieurs. —

Le poumon gauche présente une énorme ecchymose sur son bord antérieur. Poumon droit, 130 gr. Poumon gauche, 120 gr.

Péritoine normal. Injection des veines mésentériques et coliques. *Reins* très congestionnés (40 gr.). — *Foie* de coloration très foncée, pas de calcul (400 gr.). — *Rate* normale (30 gr.). — *L'estomac* contient un liquide sirupeux et quelques débris alimentaires. — *Intestin* et vessie, rien de particulier. En somme *la cause de la mort* est due à *l'introduction d'aliments liquides dans les voies aériennes.*

Tête. — Os du crâne minces et durs ; la coupe de la calotte ressemble au contour d'une rosace. La suture inter-frontale est complètement ossifiée mais les dentelures de toutes les autres sutures sont très apparentes à l'extérieur et à l'intérieur. Les os offrent de nombreuses plaques transparentes formant environ la moitié de la superficie de la calotte. La base est symétrique, sauf la cavité occipitale droite qui est plus petite que la gauche. A l'incision de la dure-mère, qui est saine, il s'écoule environ 60 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Encéphale : 750 grammes. — Artères de la base, chiasma, bandelettes optiques, tubercules mamillaires, pédoncules, protubérance, etc., symétriques. — *Cervelet* et *isthme*, 130 gr. Hémisphères cérébelleux, normaux, égaux.

Hémisphère gauche. — La *1ère frontale*, assez sinueuse, est composée d'un double pli avec des sillons superficiels. Elle s'insère sur la frontale ascendante par deux insertions volumineuses séparées par un simple sillon ; la supérieure fait partie du bord convexe de l'hémisphère : elle n'envoie aucun pli de passage à la circonvolution frontale dont elle est séparée par un sillon sinueux et profond. La 2e *frontale* se confond presque complètement à son origine avec la troisième, puis elle en est séparée par un sillon assez profond, et envoie un pli de passage à la 3e; au-delà elle s'insère par un pli contourné sur la circonvolution frontale ascendante. Tandis que la 1re frontale est arrondie et unie, la 2me est *chagrinée* par places, froncée, et dans d'autres a l'apect presque normal. Les sillons sont rectilignes, superficiels, à bord rectangulaires, La 3me *frontale* est très large, sans pli, avec deux sillons superficiels, plissée dans la plus grande partie de son étendue ; insertion très large sur la frontale ascendante. — La *frontale ascendante* est très irrégulière (4 cent. 1/2 à peine de hauteur) ; sa

direction est verticale. Surface un peu plissée. Deux sillons superficiels. — Le *sillon de Rolando* monte à peu près verticalement et est légèrement incurvé à ses extrémités. — En arrière se trouve une masse un peu irrégulière de 3 centimètres de large sur 3 de haut ; puis, répondant à l'extrémité postérieure, on trouve une circonvolution sinueuse qui parait répondre au lobul pariétal supérieur.

En arrière de l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, on voit une *dépression irrégulière*, profonde de 5 à 10 millimètres, de forme elliptique, mesurant 3 millimètres d'avant en arrière et 10 millimètres dans sa plus grande largeur. Les parties de circonvolutions, qui forment le fond de cette dépression, sont fusionnées entre elles et nettement séparées des circonvolutions supérieures par un sillon profond dans lequel celles-ci viennent aboutir aprés s'être en quelque sorte enroulées pour former le bord supérieur de la dépression. — Le pli supérieur est simple et s'arrête avant d'arriver à la pointe occipitale, le second, plus volumineux, décrit une courbe à concavité supérieure, va jusqu'à la pointe occipitale, se recourbe en bas en s'élargissant, et se termine sur un sillon rectiligne. De sa partie moyenne se détache une bifurcation qui va jusqu'à la pointe occipitale et se recourbe pour faire partie du bord occipito-temporal de l'hémisphère. Le troisième se bifurque, envoie un pli qui s'arrête brusquement sur la terminaison de la bifurcation du second pli dont il vient d'être parlé ; l'autre branche de bifurcation descend presque verticalement sur le bord inférieur de l'hémisphère. C'est sur lui que vient en quelque sorte s'appliquer le lobe temporal que l'on peut considérer à part. L'ensemble de ces trois plis, sauf de la dernière bifurcation, est à peu près normal ; les sillons qui les séparent sont superficiels.

Le *lobe temporal* se compose : 1° d'une circonvolution ovoïde dans sa moitié antérieure, où elle a une largeur maximum de 17 millimètres et une longueur de 4 à 4 cent. 1/2; puis elle se termine en une sorte de queue sinueuse qui vient s'infléchir pour border le bord inférieur de l'extrémité inférieure de la dépression ombiliquée. Cette dernière partie est ridée. De la pointe du lobe temporal part une autre circonvolution qui va horizontalement d'avant en arrière jusqu'à l'extrémité inférieure du lobe temporal. Entre cette circonvolution, qui est probablement la troisième circonvolution temporale, et la première, existe un *espace triangulaire* qui est comblé par une circonvolution épaisse, *chagrinée*, qui se termine au-des-

sous de la queue de la première circonvolution temporale pour constituer la partie moyenne du bord inférieur de la *dépression ombiliquée*.

Le *lobule de l'insula* présente trois digitations dont les deux antérieures sont bifurquées.

Face interne.— La première circonvolution frontale est nettement dessinée et présente plusieurs sillons tout à fait superficiels. Le lobe pariétal, qui se confond en avant avec la première circonvolution frontale, est très irrégulier, comme tortillé. La scissure calloso-marginale, nette, peu profonde, est composée de bords rectilignes. — La *corne d'Ammon* ne présente aucun pli. — Le *lobe quadrilatère* est volumineux et composé de plis peu sinueux, séparés par des sillons superficiels. La scissure pariéto-occipitale est assez profonde, mais très étroite. — *Cuneus* petit. — La *scissure calcarine* est peu profonde et étroite. — La *scissure de l'hippocampe*, unie, se termine un peu en forme de massue. — Le *ventricule latéral* n'est nullement dilaté ; il est plutôt étroit. — La *couche optique* et le *corps strié* paraissent réguliers.

Hémisphère droit. — L'une des photographies représente la face convexe avant l'enlèvement de la pie-mère. Elle montre également le cercle formé par le retrait de l'arachnoïde qui comblait le cratère dont nous allons parler. En détachant la pie-mère, on s'aperçoit qu'au niveau de l'extrémité postérieure du cratère, elle se replie dans l'intérieur de la cavité et semble se confondre avec la membrane de cette cavité. Ce qui frappe tout d'abord, c'est que l'insula est complètement découvert, qu'au-dessus de son extrémité postérieure existe une dépression irrégulière, et qu'au-dessus de celle-ci et de la dernière digitation de l'insula existe un orifice elliptique mesurant 3 cent. dans sa plus grande longueur d'arrière en avant, et 1 cent. de largeur. Cette cavité répond à la corne temporale du ventricule latéral.

La 1re *frontale*, volumineuse, est composée de plis transversaux à son origine, ensuite de deux plis antéro-postérieurs d'abord séparés par un sillon superficiel, puis en quelque sorte soudés. Le dernier de ces plis, qui répond à la 2e *frontale*, est séparé en masses quadrilatères par des sillons tout à fait superficiels et ces masses sont ridées. F^1 envoie à son origine un pli de passage à la 3e. Elle est ridée en arrière. La 3e *frontale*, volumineuse, lisse à son origine, plissée ensuite, vient

se confondre complètement avec la masse de la circonvolution frontale ascendante et pariétale ascendante. Son bord inférieur est comme refoulé au bout, laissant ainsi à découvert le lobule de l'insula.

La masse de la frontale et de la pariétale ascendantes est irrégulière, séparée par un sillon presque rectiligne, seulement dans son tiers supérieur. Dans leur moitié inférieure ces circonvolutions limitent la paroi antérieure de la dépression que nous avons signalée au-dessus du lobule de l'insula.

En arrière des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes existe un sillon, en arrière duquel on trouve : 1° le long du bord supérieur de l'hémisphère une masse quadrangulaire; 2° au-dessous d'elle, une masse allongée descendant jusqu'au bord inférieur de l'hémisphère où elle reçoit en avant le lobe temporal; 3° en arrière de ces deux masses, une masse triangulaire répondant au lobe occipital.

Le bord inférieur de la première est assez net et limite en avant le cratère que nous avons décrit au-dessous et en arrière de l'insula. Le bord antérieur de la seconde limite la partie postérieure de la perforation. Ces différentes masses sont plissées par places et parcourues par des sillons qui les subdivisent.

Le *lobe temporal* se compose d'une masse ovoïde, séparée en avant et incomplètement par un sillon longitudinal de ce qui paraît être la circonvolution de l'hippocampe. Il présente quelques plis transversaux superficiels. Son bord supérieur limite en bas la perforation. Ce bord est constitué par une sorte de bourrelet de deux centimètres de diamètre.

Le *lobule de l'insula* est complètement à découvert, irrégulier, et offre quatre digitations : la première très courte ; — la deuxième assez longue, bifurquée ; — la troisième très irrégulière avec une bifurcation incomplète ; — la dernière, postérieure, est la plus large. C'est au-dessus d'elle que commence la dépression située au-dessus de la perforation. Cette digitation, par son bord postérieur, limite la perforation. La dépression dont nous avons décrit les bords, présente dans son fond une sorte de circonvolution qui monte verticalement, puis, au bout de 3 centimètres, se courbe en S pour venir s'insérer à la masse des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes. Elle est coupée de rides transversales, et, dans sa partie recourbée, est plus blanche et comme mamelonnée. Quant à la perforation elliptique, dont nous avons parlé, elle laisse voir dans son fond une masse elliptique, blanche, arron-

die, qui va obliquement de bas en haut, de son extrémité antérieure à son extrémité postérieure. En arrière existe une cavité qui paraît faire partie de la corne occipitale du ventricule latéral.

Face interne. — La 1re frontale se compose d'abord d'un pli antéro-postérieur qui, en avant, s'infléchit en hauteur. Elle est doublée dans une longueur de 2 cent. 1/2 par un pli plus petit dont la sépare un sillon assez profond ; l'un et l'autre à leur extrémité supérieure sont séparés du reste de la circonvolution par un pli transversal assez profond. Au-dessus de cette partie, petite masse irrégulièrement quadrilatère de 15 à 20 millimètres, au-dessus de laquelle il y a un nouveau sillon transversal. A partir de là, le long du bord supérieur de l'hémisphère, existe une circonvolution qui à 75 millimètres de long, un pli antéro-postérieur en avant assez profond et trois plis transversaux tout à fait superficiels en arrière. Son extrémité postérieure est limitée par le sillon prolongé surla face externe et que nous avons décrit en arrière de la masse des circonvolutions ascendantes, frontale et pariétale. Cette masse longitudinale nous paraît répondre à une partie de la circonvolution frontale ascendante et au lobule paracentral.

Scissure calloso-marginale assez profonde. — *Corne d'Ammon* non sinueuse ; elle envoie un pli à l'extrémité postérieure de la masse formée par la 1re frontale et le lobule paracentral. En arrière, on trouve une masse quadrilatère, le lobule quadrilatère, qui présente des plis superficiels dans le sens de la hauteur.

Le *sillon pariéto-occipital* est profond. *Cuneus* en partie confondu avec le lobe occipital de telle sorte que la scissure calcarine est incomplète. Les plis qui composent le cuneus et le lobe occipital sont très sinueux et se replient pour converger vers le même point, formant ainsi une sorte de tourbillon. Un sillon assez creux sépare en avant le lobe occipital de la partie postérieure du lobe temporal.

La *circonvolution de l'hippocampe* est en partie confondue, comme nous l'avons vu, avec la 4e temporale. La partie antérieure, répondant à la corne d'Ammon, forme une masse arrondie, uniforme.

La *couche optique* semble assez régulière. La cloison cache en grande partie le ventricule latéral. Il faut l'enlever pour voir ce ventricule, le corps strié et la face interne de la perfo-

ration qui répond en avant à la corne temporale du ventricule latéral.

Il est très difficile, en se basant sur les renseignements qui nous ont été donnés, tant sur antécédents du père et de la mère que sur la grossesse, de trouver une cause plausible de l'arrêt de développement.

OBS. I. — PORENCÉPHALIE VRAIE, CONGÉNITALE, DOUBLE.

SOMMAIRE. — *Idiotie complète. Autopsie : Broncho-pneumonie. Double porencéphalie. Thrombose double des veines méningées. Congestion méningée surtout prononcée à droite. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux.*

Pot.... Ernest, cinq ans, entré à Bicêtre le 11 août 1883 (service de M. BOURNEVILLE), est décédé le 16 janvier 1884.

Etat actuel. — Bosse pariétale gauche plus saillante de l'occiput est égalemeut plus saillante. Pavillon de l'oreille normal. — *Front et nez* bien proportionnés. Les bosses frontales ne font aucune saillie et le nez se continue directement avec le front. Rien de particulier aux arcades sourcillières. Bouche large de 4 centimètres, continuellement ouverte. Pas d'asymétrie faciale. Voûte palatine aplatie. Dentition de lait. Prognathisme supérieur très prononcé. Articulation très défectueuse. Tartre dentaire. Gencives ramollies et saignantes.

Voici les dimensions de la tête :

Diamètre occipito-frontal	15 c. 3/4
— sous occipito-frontal	14 c. 3/4
— bi-pariétal	11 c. 3/4
— bi-orbitaire	8 c. 3/4
Circonférence	45 c. 3/4

Membres supérieurs. — Le bras gauche est le long du corps, l'avant-bras fléchi, mais on peut l'étendre. Le poignet jouit de ses mouvements ; les phalanges fléchies ne sont étendues que difficilement, et en déterminant de la douleur. Phalangines et phalangettes fléchies mais libres. Même position du bras et de l'avant-bras droit qui s'étendent moins facilement qu'à gauche. Phalanges fléchies à angle droit, impossibles à redresser. Hanches et genoux fléchis, inpossible à étendre.

Réflexes rotuliens exagérés. Réflexe plantaire conservé. Les 4 membres exécutent des mouvements spontanés, mais en général peu étendus. *Sensibilité* conservée partout. *Testicules* descendus, un peu plus gros qu'un grain de café. La *verge* n'est pas plus développée que celle d'un fœtus à terme. Pas de contractures. Impossibilité de la station assise. L'enfant ne se tient pas sur ses jambes et ne porte rien à sa bouche.

6 *septembre.* — Eruption varioliforme, guérie le 10.

29 *décembre.* — L'enfant est pris de fièvre. Il refuse de manger. Dyspnée. Cris plaintifs.

1884. Du 1er au 6 janvier. Face pâle et fatiguée. Plaintes agitation. Pupilles égales, modérément dilatées, réagissant bien à la lumière. Affaiblissement progressif. Diarrhée abondante. Langue sèche et fuligineuse. Pas de vomissements. Respiration gênée, Râles muqueux abondants. Toux fréquente. Fièvre persistante.

8 *janvier.* — La diarrhée a cessé presque complètement. Respiration encore sifflante. Râles humides moins étendus. Appétit meilleur. Ecoulement purulent de l'oreille droite. Amaigrissement progressif. Altération des traits. Face pâle, plombée. Lèvres et langue sèches. Tête très chaude, voix éteinte, toux fréquente.

15 *janvier.* — La fièvre a toujours persisté aux environs de 39° et 40°. Râles sous-crépitants fines dans toute la hauteur. Cyanose et maigreur croissantes. Eschares trochantériennes et sacrée. — L'enfant meurt le 16 janvier.

AUTOPSIE le 18 janvier. — Corps très amaigri.

Thorax. Péricarde : sérosité en quantité normale.— *Cœur* : Pas de lésions valvulaires. — *Poumon gauche* : 100 gr. Broucho-pneumonie du lobe inférieur. *Poumon droit* : 170 gr. Mêmes lésions occupant tout le lobe inférieur et la partie inférieure du lobe supérieur. Plèvre saine.

Abdomen. — *Rate* : 30 gr., normale, avec une petite rate surnuméraire. — *Reins* : 30 gr. chacun, normaux, un peu congestionnés. — *Foie* : 430 gr., sans lésion ainsi que la *vésicule*. — Légère congestion de l'intestin et des ganglions mésentériques.

Tête. — *Crâne* mince ; bosse frontale gauche moins arrondie que la droite. Les fontanelles sont fermées. Les dentelures de toutes les sutures sont très nettes aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Nombreuses plaques translucides. Ecoulement peu

abondant de liquide céphalo-rachidien. Caillot noir volumineux dans le sinus longitudinal supérieur. La base parait symétrique.

Dure-mère normale. Congestion très prononcée par places de la pie-mère de la convexité. Véritables plaques ecchymotiques, par exemple sur le lobe frontal et au niveau du pli pariétal supérieur droit. — A gauche, congestion moins prononcée. — Les veines méningées qui vont vers la scissure de Sylvius droite sont distendues par des caillots blanchâtres en grande partie. *Thrombose* des deux veines méningées qui descendent vers le lobe frontal en suivant le bord supérieur de l'hémisphère. *Thrombose* semblable des veines méningées du lobe occipital. A gauche, *thrombose* d'une veine descendant en avant du pli courbe. — *Pie-mère* de la base normale sans injection, sauf au niveau de l'origine du nerf olfactif droit. — *Nerfs olfactifs* et *optiques* égaux. *Bandelette optique* gauche plus petite que la droite. *Tubercule mamillaire* gauche bien plus petit que le droit. — *Pédoncule cérébral gauche* plus petit que le droit. L'*atrophie* porte principalement sur la partie postérieure.

La *protubérance* est petite et plus bombée à gauche qu'à droite. — La *pyramide antérieure gauche* n'est pas aussi distincte que la droite ; elle a une coloration légèrement grise. Les deux *olives* sont égales.

Encéphale : 760 gr. — L'*hémisphère cérébral gauche* pèse 110 gr. de moins que le droit. — *Cervelet et isthme* : 100 gr.; rien de particulier à l'œil nu. — L'*hémisphère cérébelleux droit* pèse 15 gr. de moins que le gauche.

Hémisphère gauche. — Sa face convexe présente à sa partie moyenne une dépression très étendue, allant de la partie postérieure du lobe frontal au lobe occipital. — Le cerveau étant encore recouvert de la pie-mère, cette membrane masque la dépressiou snr laquelle elle est tendue comme un voile. La pie-mère à ce niveau est d'un gris terne, laissant à peine apercevoir par transparence les parties sous-jacentes. Elle est peu vascularisée. — Une fois la pie-mère enlevée, on trouve au centre de la face convexe une cavité en forme d'entonnoir dont la base répond à la convexité et dont le fond s'avance un peu dans le ventricule latéral. La base de l'entonnoir mesure 53 millimètres d'avant en arrière et de haut en bas. Le bord de la base est formé par des circonvolutions qui, au lieu de continuer leur déviation curviligne pour former la partie la plus convexe de l'hémisphère, se replient en dedans. Les parois de l'entonnoir sont formées par ces circonvolutions.

Le fond de l'entonnoir est nettement limité par un bord, d'où semble partir une membrane blanche, formant ourlet sur les circonvolutions, qui fait partie de la cavité ventriculaire, et se replie dans sa moitié supérieure. Elle forme une sorte de voile dans le ventricule latéral, laissant en avant un orifice semi-lunaire de 30 millimètres sur 7 millimètres. Cet orifice est comblé par une masse grisâtre qui est probablement le corps strié. De l'autre côté de la membrane se trouve une autre partie du corps strié et la couche optique. Cette membrane laisse entre elle et les masses grises un petit espace de 1 à 2 millimètres. Partout ailleurs elle est adhérente.

La partie périphérique déprimée a une étendue de deux centimètres environ et forme une sorte d'anneau, constitué par les circonvolutions qui sont comme repoussées vers la face inférieure de l'hémisphère. Toute l'étendue de l'excavation présente nne coloration blanche et se compose d'une série de parties, alternativement saillantes et rentrantes. A la partie inférieure se voit une masse de substance blanche, volumineuse, arrondie, qui paraît correspondre aux ganglions cérébraux. En avant de cette masse existe une autre saillie terminée en arrière par un bord mince et tranchant qui n'adhère pas au noyau précédent. Tout à fait à la partie inférieure, l'excavation est percée d'un orifice irrégulier assez facile à apercevoir et qui vient aboutir sur la face interne de l'hémisphère à sa partie inférieure. En résumé, on trouve le lobe frontal et le lobe occipital à peu près intacts, ainsi que la corne sphénoïdale; la partie moyenne de l'hémisphère est profondément dégénérée, surtout à son centre qui parait formée par la cavité largement ouverte au centre du ventricule latéral. Les parties blanches qui existent à ce niveau sont les parois de ce ventricule plus ou moins déformées.

Le lobe frontal et la frontale ascendante forment une masse irrégulièrement quadrilatère, où il existe des sillons superficiels qui ne séparent pas nettement les circonvolutions. Celles-ci ont une disposition ascendante du bord inférieur du lobe au bord supérieur. Là elles se replient sur la face interne en formant une sorte d'encoche profonde au détriment de la face interne de la première frontale. On distingue à peine la frontale ascendante des trois autres. Le sillon profond qui existe en arrière de la circonvolution frontale ascendante est irrégulier. En arrière de ce sillon, on trouve de petites circonvolutions transversales qui se replient sur la face interne, où elles aboutissent toutes obliquement à une sorte de dépression

ombiliquée répondant à la partie moyenne du sillon calloso-marginal. Les sillons qui les séparent, sauf deux, sont superficiels.

Tandis que le lobe frontal mesure 5 centimétres de long, cette seconde partie en mesure 5 1/2. Elle est séparée de la partie postérieure du cerveau par un sillon irrégulier, assez profond. Toute cette partie de l'hémisphère, située en arrière de la cavité, a une forme triangulaire convexe, mesure 6 centimètres d'avant en arrière, et se compose de circonvolutions relativement beaucoup plus volumineuses, séparées par des sillons profonds à direction tortueuse et antéro-postérieure comme celle des plis.

Le *lobe temporal* mesure près de 5 centimètres de long et 2 1/2 de haut et se compose de petites circonvolutions obliques d'avant en arrière et de bas eu haut. Elles se dirigent vers le bord inférieur de l'entonnoir après avoir formé une partie de sa paroi. Entre le bord inférieur du lobe frontal et la pointe du lobe temporal, existe une dépression large et longue d'un centimètre 1/2. C'est l'origine de la scissure de Sylvius; c'est ce qui remplace le lobule de l'insula.

Face interne. — On y trouve l'encoche formant une sorte de dépression froncée. Cette encoche sépare la circonvolution frontale en deux parties. En arrière de l'encoche, on trouve encore deux replis venant constituer sa partie postérieure et faisant partie l'un du lobe frontal de la face convexe, l'autre de la partie intermédiaire entre le lobe frontal et le lobe postérieur. Toutes les circonvolutions de la face interne, qui correspondent au dit lobe intermédiaire, affectent : les antérieures une direction oblique d'avant en arrière et de haut en bas, les postérieures une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Elles aboutissent à la partie moyenne du sillon calloso-marginal, en formant une sorte d'ombilic. En arrière de ces circonvolutions obliques, nous trouvons ce qui doit être le lobe quadrilatère. Il se compose d'abord d'un pli ascendant, puis de deux plis à direction antéro-postérieure, enfin d'un pli à direction ascendante. Le sillon calloso-marginal part de l'extrémité inférieure de la grande encoche frontale. Il est d'abord réduit à une sorte de fissure, puis il s'élargit un peu.

Le *cuneus* manque dans sa partie antérieure et ne présente pas un sillon. — En arrière du lobe quadrilatère, nous trouvons la scissure pariéto-occipitale, large et profonde, sans un seul pli de passage. — La *scissure calcarine* est peu profonde. — Le *lobe occipital* est relativement régulier.

La *circonvolution de l'hippocampe* est assez volumineuse. — La *corne d'Ammon* est régulière. — La 4me temporale est assez volumineuse, assez distincte eu arrière, mais confondue en avant avec la 3me et la 2me, qui se portent obliquement vers la grande cavité infundibuliforme.

Hémisphère droit. Face convexe. — Lobe frontal : Il se compose d'une masse, de forme ovoïde, de circonvolutions à bords sinueux. Un sillon profond sépare cette masse d'une seconde, composée de circonvolutions qui ont une direction transversale de haut en bas, d'avant en arrière pour les antérieures et un peu d'arrière en avant pour les postérieures. Elles sont séparées par des sillons profonds, très serrés, presque rectilignes. Un sillon large et profond sépare cette deuxième masse de la moitié postérieure de la face convexe.

La moitié postérieure peut être divisée en deux parties par un sillon antéro-postérieur, sinueux, profond et large, à égale distance du bord supérieur et du bord inférieur de l'hémisphère. La partie supérieure est composée de circonvolutions dirigées verticalement en avant et obliquement en arrière vers la partie postérieure de la scissure de Sylvius. La partie inférieure comprend le lobe occipital avec des circonvolutions volumineuses, contournées, puis un groupe central de petites circonvolutions irrégulières, enfin une circonvolution assez grosse constituant l'angle postérieur de la scissure de Sylvius.

Le *lobe temporal* se compose d'abord de quatre plis assez gros, se dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière pour aboutir à la scissure de Sylvius, puis de circonvolutions irrégulières à direction antéro-postérieure.

La *scissure de Sylvius* est tout à fait irrégulière. Presque normale d'abord, à son origine antérieure où le lobule de l'insula présente l'aspect d'une masse bombée avec trois digitations irrégulières, elle devient bientôt tout à fait irrégulière, s'élargit considérablement jusqu'à 4 centimètres en arrière. Enfin elle se termine par un *orifice* qui communique avec la paroi ventriculaire. Cet orifice, de même qu'à gauche, est l'aboutissant d'une sorte d'*entonnoir* dont les parois sont fromées par les circonvolutions de la face convexe, qui se replient sur le lobe orbitaire. On trouve sept petites masses faisant partie des circonvolutions et se présentant comme de petites verrues.

La *cavité infundibuliforme* a une base triangulaire, mesurant environ 3 cent. 1/2 ; son sommet répond à la partie postérieure de la scissure de Sylvius.

Le *lobule de d'insula*, à son origine, offre deux digitations, puis l'on trouve une sorte d'ourlet qui l'interrompt et à partir duquel on rencontre une surface mamelonnée blanche, qui se dirige vers le fond de l'entonnoir et par conséquent du ventricule.

L'*orifice* circonscrit par les circonvolutions a un aspect triangulaire ; l'entonnoir plonge dans l'hémisphère et aboutit à un *orifice ovalaire* situé immédiatement au-dessus de l'origine de la queue du corps strié, sur la paroi externe du ventricule latéral.

Face interne. — On trouve d'abord une masse quadrangulaire de 3 cent. 1/2 de large sur 2 cent. 1/2 de haut, composée de quatre plis irréguliers. se dirigeant obliquement d'avant en arrière et de haut en bas. Un sillon profond va s'aboucher avec le premier sillon décrit sur la face convexe en produisant une encoche profonde sur le bord convexe de l'hémisphère. Les sillons sont très superficiels. On voit sur ces circonvolutions deux petites saillies verruqueuses comme celles du lobe orbitaire.

En arrière se trouve une autre masse quadrangulaire de 2 cent. 1/2 de large sur 1 cent. 1/2 de haut, limitée en bas par le sillon dont nous venons de parler, en haut par un sillon profond, mais qui n'aboutit pas au sillon calloso-marginal. Cette masse offre de petits sillons superficiels. Les deux premières masses semblent correspondre à la 1re frontale. Vient ensuite une masse allongée, ovoïde, correspondant au lobule paracentral. Ce lobule présente trois sillons superficiels.

La *scissure calloso-marginale*, au niveau des premières masses frontales, est tout à fait superficielle et même en avant se réduit à une ligne. — Le *lobe quadrilatère* a 4 centimètres en travers, 3 en hauteur, et offre des plis à bords angulaires et des sillons assez profonds. — La *scissure pariéto-occipitale* est très nettement dessinée, rectiligne. Un pli de passage l'empêche de communiquer, en arrière de la couche optique, avec le sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe de la 4e temporale. — Le *cuneus* est assez volumineux. Ses plis sont petits, ses sillons superficiels. — La *scissure calcarine* est bien dessinée dans ses 3/4 antérieurs. Elle est peu large et assez profonde. — Le *lobe occipital* se compose de circon-

volutions assez grêles, séparées par des sillons moyennement profonds.

La *circonvolution de l'hippocampe* est lisse. La *corne d'Ammon* est un peu déformée et un sillon profond la sépare, comme nous l'avons vu, de la 4e *temporale* qui est irrégulière. — Le *corps strié* et la *couche optique* paraissent sains, normaux. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté.

OBS. III. — PSEUDO-PORENCÉPHALIE UNILATÉRALE.

SOMMAIRE. — *Pas de renseignements. — Pseudo-Porencéphalie gauche. — Hémiplégie droite. — Infarctus pulmonaire.*

Fau...... Antoine, âgé de sept ans, est entré à Bicêtre le 21 mai 1885 (service de M. BOURNEVILLE), et est décédé le 7 mai 1886. — Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires ni personnels du malade.

27 *mai*. — L'enfant, hémiplégique à droite, ne marche pas, ne parle pas, ne sait ni se laver, ni s'habiller. L'appétit est médiocre, il mange ses excréments. Ne sait rien porter à sa bouche; pas de bave ni de succion; pas de voracité, grand gâteux. — Pas de cris, pas d'accès de colère; chantonnement monotone; rotation de la tête, grincement des dents, onanisme. En le menant au bain, on s'aperçoit qu'il a une fracture du fémur droit sans qu'il soit possible, malgré une enquête minutieuse, de découvrir la cause de cet accident.

12 *Juillet*. — Amaigrissement léger. — Bon appétit. Eruption vésico-pustuleuse, suivie de desquamation épidermique sur le haut des cuisses.

Etat actuel (17 *novembre*). — *Tête* ovoïde, régulière. Bosses frontales peu saillantes, la gauche plus que la droite. Bosses pariétales peu saillantes. Arcades orbitaires saillantes seulement dans leur partie externe. — *Yeux* gris; pupilles contractées; pas de lésions. — *Nez* moyen. — *Bouche* assez grande. *Lèvres* minces. — *Menton* pointu. — *Oreilles* grandes, détachées; dentelure légère du bord libre à droite. Lobule demi-adhérent.

Circonférence horizontale	45 c. »
Diamètre antéro-postérieur	15 c. 3
— bi-pariétal	12 c. 2
— bi-auriculaire	10 c. 9
— bi-temporal	9 c. 6

Cou très amaigri, court (22 cent.); polyadénites. *Thorax* amaigri. Le *rachis* présente une *déviation* à concavité tournée à gauche, à la partie supérieure de la région dorsale; une autre, compensatrice, en sens inverse au-dessous.

Membres supérieurs. — *Paralysie* du côté droit. — Attitude particulière du bras qui est écarté du tronc en formant un angle droit. L'avant-bras est fléchi sur le bras et la contracture ne permet pas l'extension de l'avant-bras. Le poignet est dans l'extension forcée sur l'avant-bras. La main est fléchie, le pouce toujours en pronation dans la paume de la main.

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle ...	10 c.	11 c.
— à 10 centi. au-dessus de l'olécrâne	10 c. »	10 c. »
— à 8 cent. au-desssous de l'olécrâne	8 c. »	9 c. 1/2
— au niveau du poignet....	9 c. »	9 c. 1/2
— — du métacarpe.	10 c. »	11 c. 1/2
Distance acromio-olécrânienne	18 c. 1/2	19 c. 1/2
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18 c. »	14 c. 1/2
Distance de l'apophyse styloïde à l'extrémité du médius	8 c. 1/2	12 c. »
Longueur de la clavicule	9 c. »	10 c. »

Membres inférieurs. — Tout deux sont dans une attitude vicieuse, mais surtout le droit (*paralysé*); la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, le pied légèrement fléchi. A gauche la flexion est beaucoup moins prononcée, et peut-être vaincue.

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aine......	18 c. »	17 c. »
— à 10 centi. au-dessus de la rotule	14 c. 1/2	16 c. »
— — au-dessous de la rotule	11 c. »	11 c. »
— au niveau des malléoles.	12 c. 1/2	12 c. 1/2
— — du métatarse.	12 c. »	12 c. 1/2
Distance de l'épine iliaque antérieure à l'extrémité supérieure du tibia	20 c. »	27 c. »
Distance de cette extrémité à la malléole externe	20 c. »	20 c. »
— de la malléole à l'extrémité du troisième orteil	13 c. »	13 c. »

Organes thorociques normaux. — *Abdomen* distendu. — Érythème à la partie inférieure et sur la face interns des cuisses.

Organes génitaux. — Œdène et ulcération de la verge. Testicules rencontrés vers l'anneau, gros comme un petit haricot. Bourses rétractes et ulcérées. Bourrelet œdemateux duprépus. Gland non découvrable. Verge : longueur, 4 c., circonférence, 4 c. 1/2.

Cheveux châtains. — Croûtes d'impétigo du cuir chevelu. — Ulcérations à la base du nez. Cils blonds.

Sensibilités générale et spéciale normales.

1886. *Mars.* — L'enfant dépérit de plus en plus. Le ventre est énorme. Erythème généralisé du côté gauche sur lequel l'enfant repose.

17 *mai.* — L'enfant meurt de cachexie progressive.

Autopsie le 18 mai. — L'enfant est extrêmement amaigri. — Les genoux, très saillants, sont ankylosés en demi-flexion.

Cou et thorax. — *Poumons:* Infarctus de 1 cent. 1/2 carré à la base droite, quatre infarctus assez volumineux à la base gauche. Le reste est normal et les bords sont un peu emphysémateux. *Péricarde* normal. — *Cœur* 45 gr. : hypertrophie du ventricule gauche. Valvules aortiques et mitrale suffisantes. Aorte et coronaires normales.

Cou. — *Larynx* normal. — *Corps thyroïde* petit, sain.

Abdomen. — *Foie* 300 gr., d'aspect normal à la coupe. Vésicule pleine, sans calculs. — *Rate*: 30 gr., dure, congestionnée. — *Pancréas, vessie, testicules, estomac* et *intestin*, rien de particulier. — *Rein gauche*: 45 gr., dur, d'apparence multilobée, légèrement congestionnée. Trois petits kystes d'aspect gélatiniforme, assez résistants, dans la substance médullaire près du bassinet. — *Rein droit*: 42 gr., moins lobulé que le gauche normal.

Tête. La *voûte du crâne* est très profonde, les sutures sont complètement soudées; la surface interne est très bosselée, surtout à droite. A gauche, la surface interne est lisse et correspond à un *kyste* existant à la surface du cerveau. La *base du crâne* est asymétrique. La fosse sphénoïdale gauche est plus profonne que la droite.

Cerveau. — Il présente un aspect lisse et luisant. Il est remarquablement mou et s'affaisse sur la table. La décortication est presque impossible, car on enlève avec la pie-mère de grands lambeaux de substance grise.

Hémisphère gauche. — Beaucoup plus petit que le droit. I offre sur sa face convexe un *kyste* qui s'y est creusé une *vaste loge* en le détruisant sur une grande profondeur. Ce kyste

occupe tout le territoire de la sylvienne, sauf dans sa branche antérieure. Les frontale et pariétale ascendantes, le lobe pariétal dans toute sa partie inférieure et la première temporale sont détruits. Les circonvolutions restantes limitent la dépression du kyste en paraissant plonger dedans, comme celà se passe dans les porencéphalies vraies. Mais en réalité, il n'en est rien et l'on constate facilement que ce sont des sillons naturels qui limitent la dépression et que les circonvolutions qu'ils limitent de l'autre côté ne sont nullement atteintes et n'ont subi aucune déviation. On a donc affaire à un *kyste consécutif* à une hémorrhagie ou à un ramollissement et non à un défaut de développement de certaines circonvolutions et de la substance blanche sous-jacente. Le fond du kyste est formé par une mince couche de substance blanche recouverte d'une membrane celluleuse, très résistante, qui lui adhère infimement. Cette couche de substance cérébrale est continue et, *en aucun point, il n'existe de communication avec le ventricule latéral*.

Lobe frontal. — La 1re frontale est très développée. Elle se termine en avant par un cap, où aboutit un sillon profond, antéro-postérieur, allant se perdre en arrière dans le kyste et divisant la 1re frontale en deux parties, une supérieure et une inférieure. La partie supérieure, très large, se divise bientôt de nouveau en deux autres circonvolutions séparées par un sillon, qui va également plonger en arrière dans le kyste. En arrière de ce dédoublement, se trouve un 3me sillon assez profond qui forme un angle saillant en avant et subdivise de nouveau la 1re frontale en deux digitations, l'une formant le bord supérieur de l'hémisphère, l'autre formant un bec qui plonge dans le kyste.

Le dernier sillon contourne le bord de l'hémisphère et circonscrit en dedans ce qui représente le lobule paracentral. La partie inférieure de la 1re frontale est étroite, sinueuse et séparée de la 2me frontale par un sillon profond. La 2me frontale est sinueuse aussi et large en arrière où elle aboutit au kyste et en bas se continue avec la 3me frontale relativement peu développée, étroite, avec des sillons superficiels; elle est assez développée en arrière cependant où elle plonge dans la poche.

La *scissure de Sylvius*, très nette en bas et en avant, aboutit rapidement à la poche. Le *sillon de Rolando* n'existe plus qu'à l'état de vestige en haut où il n'atteint pas le bord de l'hémisphère. En arrière de la 1re frontale, le bord de l'hémis-

phère présente une masse irrégulière, vestige probable de la frontale ascendante et, en arrière, séparée par le sillon de Rolando, le vestige de la pariétale ascendante. Au-delà, on trouve une masse de deux petites circonvolutions rayonnant vers le kyste et se continuant sur la face interne. Au-dessous d'elles, une grosse masse de circonvolutions repliées sur elles-même et rayonnant également vers le kyste.

Le *lobe occipital* est relativement bien conservé et formé par une circonvolution constituant la pointe du lobe et présentant un sillon oblique en haut et en avant qui aboutit au kyste.

Le *lobe temporal* est assez complet en avant. On trouve d'abord une circonvolution verticale aboutissant au kyste et limitée en avant par la scissure de Sylvius, et en arrière par un sillon profond qui la sépare d'une circonvolution plus volumineuse encore, triangulaire et divisée en deux par un sillon superficiel partant du bord inférieur de l'hémisphère. En arrière se trouve une masse quadrilatère de circonvolutions reliée par deux plis de passage à la masse précédente. Enfin une circonvolution se continuant avec celles du lobe occipital. — Le *lobe orbitaire* est bien développé.

Face interne. — La 1re frontale est très large, parcourue dans toute son étendue par des sillons qui la divisent en deux en arrière, mais qui, en avant, sont surtout transversaux. — Le *sillon calloso-marginal* est sinueux, peu profond. — La *circonvolution du corps calleux* est normale, assez grosse, simple en avant, subdivisée en arrière par de petits sillons verticaux. — Le *lobule paracentral* est très étroit, séparée de la 1re frontale et du lobule quadrilatère par deux sillons très profonds. — Le *lobe quadrilatère* est irrégulier et présente un sillon oblique superficiel. Il descend jusqu'à la circonvolution du corps calleux à laquelle l'unit un pli de passage. — Le *cuneus* est petit, sillonné par de nombreux sillons irréguliers. Un sillon profond, allant presque jusqu'à la fente cérébrale le sépare de l'*avant-coin*. — Le *lobe temporo-occipital* est bien développé, avec des sillons très superficiels. — Le *corps opto-strié* parait normal. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté.

Hémisphère droit. — 1re *frontale* peu large, très sinueuse, irrégulière, insérée sur la frontale ascendante par un pied étroit, au-dessus duquel elle se replie en S pour gagner le bord supérieur de l'hémisphère. — 2me *frontale*, très développée en arrière. Insérée par un pli assez étroit sur la frontale

ascendante. Très sinueuse, réliée en avant par un pli de passage avec la 1re et la 3me frontales; bien séparée de la 1re frontale par un sillon profond. — 3me *frontale*, très développée, constitue la moitié inférieure environ du lobe frontal. Très sinueuse, elle est séparée en deux parties par un sillon vertical, qui rejoint en arrière le sillon qui sépare la 2me de la 3me frontale. La partie antérieure se continue en dessous avec les circonvolutions du lobe orbitaire. La partie postérieure, quadrilatère, très sinueuse, est très développée. Elle est divisée en deux par un pli vertical profond, aboutissant à la scissure de Sylvius. Le cap est bien développé. En bas elle se continue sans ligne de démarcation avec le lobe orbitaire par un pli très contourné et très saillant.

La *frontale ascendante* est large et présente inférieurement un petit sillon vertical d'un centimètre, et au-dessus deux sillons transversaux qui la divisent presque complètement. En haut,nouveau sillon vertical qui se coude à angle droit, pour se continuer avec le sillon qui sépare la 1re de la 2me frontale. Au-dessus, elle se renfle et est de nouveau presque entièrement coupée par un sillon transversal. qui passe sur la face interne pour limiter en avant le lobe paracentral.

Le *sillon de Rolando* est profond, serré, formant une *S* italique allongée et s'arrêtant avant d'arriver au bord supérieur de l'hémisphère. — La *scissure de Sylvius* n'offre rien de particulier.

Lobe pariétal. — La pariétale ascendante est très large à sa partie inférieure où elle a trois digitations, Au-dessus, sillon profond, étroit, formant un angle saillant et la divisant en deux circonvolutions accolées dans sa partie moyenne. Très élargie au-dessus de ce sillon, elle redevient simple et peu sinueuse et se rétrécit pour aller former le lobe paracentral. Elle est reliée au lobe pariétal inférieur par deux plis de passage. La scissure interpariétale est très peu nette, très superficielle. Les circonvolutions sont simples, peu sinueuses, peu nettement séparées par des sillons très superficiels. — Le *lobule pariétal supérieur* est assez large et forme le bord supérieur de l'hémisphère. Il est séparé en deux dans la partie antérieure par un sillon superficiel, antéro-postérieur. — Le *lobule pariétal inférieur*, comprend une masse triangulaire séparée de la partie moyenne de la pariétale ascendante par un sillon très peu profond, s'insérant sur la pariétale ascendante par deux digitations au-dessous desquelles s'en trouve une troisième repliée. En bas, cette masse est séparée par la

scissure de Sylvius, prolongée par un mince sillon, de la première temporale. Elle est limitée en arrière par un sillon qui la contourne et vient se continuer en bas avec la scissure parrallèle. Cette masse représente le lobule du pli courbe. En arrière se trouve une autre masse quadrilatère composée de deux circonvolutions plus petites, une supérieure quadrilatère en arrière, trapezoïde en avant, et une inférieure représentant à peu près le pli courbe, très sinueuse. en *S* italique, petite en haut, très large en bas et séparée du lobe temporal par un sillon étroit continuant la scissure parallèle.

Lobe temporal. — La première temporale est très développée, divisée en deux en avant par un sillon vertical de deux centimètres, continue en arrière avec le lobe pariétal inférieur. — *Scissure* parallèle profonde et large. — La deuxième *temporale* est bien développée, nette en avant, reliée par deux plis de passage à la 3me temporale en arrière où elle forme une masse commune avec cette 3me temporale. Elle est séparée du lobe occipital par un sillon assez net.

Le *lobule de l'insula* constitué par deux circonvolutions : une antérieure, grosse qui se divise aussitôt en deux plus étroites en formant un angle aigu rentrant, et une postérieure étroite dirigée obliquement d'avant en arrière et de bas en haut.

Le *lobe occipital* est bien développé, ses circonvolutions sont sinueuses, avec de nombreux plis de passage et des sillons très superficiels et incomplets. Il est divisé en deux parties, une supérieure et une inférieure. par un sillon horizontal profond qui limite en bas une circonvolution très développée.

Le *lobe orbitaire* et le *gyrus rectus* sont normaux. En arrière, un sillon transversal profond limite en avant une grosse circonvolution se continuant, comme nous l'avons déjà vu, avec la partie postérieure de la 3me frontale.

Face interne. — La 1re *frontale* est bien développée, très sinueuse. — *Sillon calloso-marginal* très profond, dentelé.— *Circonvolutions du corps calleux* bien développée. — *Lobule paracentral* mal liimté en avant. Le sillon de Rolando pénètre à peine sur la face interne et est très superficiel. Il est situé tout à fait en avant du lobule. — *Lobule quadrilatère* normal, bien développé, séparé du cuneus et du lobe occipital par un sillon vertical très profond. — *Cuneus* très développé, composé de deux circonvolutions, une antérieure et inférieure triangulaire se continuant en arrière avec la supérieure plus grêle formant le bord supérieur.

La 4me temporale n'offre rien de particulier. La *circonvolution de l'hippocampe* est lisse, unie, peu sinueuse, se continuant en arrière avec le cuneus. — *Corps opto-strié* normal ainsi que la *corne d'Ammon*. — *Ventricule latéral* non dilaté.

OBS. IV. — PSEUDO-PORENCÉPHALIE UNILATÉRALE.

SOMMAIRE. — *Père, suicidé. Grand'mère, hystérique.—Mère, névralgie faciale. Grand'mère, hémiplégie. — Sœurs, convulsions. Premières convulsions à trois jours, limitées à un côté; hémiplégie consécutive: atrophie et déformation des membres, épilepsie à sept ans. — Diphtérie, paralysie du voile du palais, congestion pulmonaire, mort. — Autopsie: porencéphalie acquise gauche.*

Régn... Paul, âgé de dix-neuf ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 8 février 1881.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant). — *Père,* plombier, calme, sobre, *s'est suicidé par pendaison* à cinquante-huit ans à la suite de mauvaises affaires. [*Père,* mort du choléra. — *Mère,* sujette jusqu'à la ménopause à des *attaques de nerfs*, qui ont laissé l'intelligence absolument intacte. — Une *sœur,* morte à l'hôpital Saint-Louis à la suite de l'ablation d'un bouton (?) de la faee. — Une autre bien portante, ainsi que ses eufants. — Pas d'autres névropathes dans la famille.]

Mère, cinquante-quatre ans, blanchisseuse depuis la mort de son mari, intelligente, calme, sujette à des lypothymies, à des crises de *névralgie faciale* du côté droit; encore, mais irrégulièrement réglée, a rendu une *môle,* il y a deux ans et demi; maladive depuis deux ans. [*Père,* quatre-vingt-quatre ans, sobre, encore très intelligent, bien portant. — *Mère,* morte *hémiplégique*. — Treize *frères et sœurs* : deux sont en bonne santé; les autres sont morts, l'un tué à la guerre de 1870, une autre des suites d'une chute, une autre des suites d'une couche, une autre poitrinaire, le reste on ne sait de quoi, mais pas de maladies nerveuses. — Pas d'antécédents nerveux héréditaires dans la famille.] Pas de consanguinité.

Douze enfants : 1° une fille morte à neuf mois, de *convulsions*; 2° une fille morte du croup à trois mois et demi (?); 3°, 4°, 5° des garçons morts en naissant à la suite de couches

laborieuses; 6° un garçon, vingt-huit ans, bien portant; 7° une fille, vingt-cinq ans, intelligente ainsi que ses enfants; 8° un garçon, bien portant; 9° une fille, dix-neuf ans, intelligente; 10° une fille, dix-sept ans; 11° une fille, douze ans et demi; 12° notre malade.

Notre malade. Grossesse bonne, un peu accidentée par les émotions du siège pendant la guerre. — *Accouchement* à terme, laborieux mais naturel. — *A la naissance*, asphyxie noire. — Allaitement maternel jusqu'à deux ans. C'est le 2e ou 3e jour après la naissance qu'ont apparu les *premières convulsions*, sur les caractères desquelles on ne peut pas renseigner. Ces convulsions *se reproduisirent quotidiennement* pendant 15 jours. Pourtant ce fut seulement à *quatre mois* qu'on s'aperçut de la paralysie *de la main droite qui tombait et ne se maintenait pas comme l'autre*. A un an, Paul devint propre; il ne commença à parler et à marcher qu'à deux ans. *Il a toujours traîné la jambe droite*. Jamais il n'a eu de tics, de cauchemars, de mauvais instincts, d'habitudes d'onanisme. Son caractère était très affectueux, à part de rares colères. On a toujours été obligé de l'habiller, toutefois, il sait manger proprement. On l'envoya à l'école où il n'apprit presque rien. Chez lui, il jouait et faisait des commissions. Sa santé habituelle était bonne. Il a eu la rougeole à trois mois.

Tel était son état lorsque, à l'âge de 7 ans, il fut pris, sans cause connue, d'*accès d'épilepsie*. Ceux-ci étaient très forts. On en comptait quelquefois deux par jour, puis on passait ensuite deux ou trois semaines sans en voir revenir. Il paraissait y avoir une *aura*, car Paul s'écriait quelques secondes avant : « Maman, j'ai mal, — Où ? — Partout ». — C'est tout ce qu'on pouvait savoir. Aucun cri n'annonçait le début de l'accès ; la rigidité aurait générale, et on ne sait si les secousses prédominaient d'un côté. Pendant un certain temps, il écumait, avait du stertor consécutif, dormait après l'accès, mais ces accidents ont passé. Pas de miction involontaire, pas de phénomènes psychiques ; pourtant quelquefois, en revenant à lui, il *pleurait ou riait aux éclats*. Le saisissement produit par la vue de son père aurait diminué l'intensité des accès. On attribue la maladie aux émotions éprouvées pendant la grossesse.

Etat actuel. — *Tête* ronde. — *Crâne* assez régulier, malgré un léger aplatissement de la région pariétale droite et une saillie assez accentuée de la région gauche; la région occipitale est développée.

Diamètre antéro-postérieur	16c.4
— bi-pariétal	13 5
Circonférence	49 »
Demi-circonférence droite	24 5
— gauche	24 5

Face arrondie, à peu près symétrique. Front étroit, saillant dans sa partie moyenne, déprimé latéralement ; bosse frontale gauche plus élevée que la droite, et séparée de l'arcade sourcilière par une dépression plus accentuée que du côté opposé. — *Orifices palpébraux* égaux ; iris bruns, pupilles égales, pas de strabisme. *Nez* droit, assez fort, dévié à droite. *Bouche* moyenne : lorsque Paul rit, la commissure labiale gauche est attirée en haut. — *Joue* droite légèrement tombante. — *Maxillaires réguliers*. — *Voûte palatine* large, peu profonde, symétrique ; voile du palais bien conformé. — Aucune cicatrice sur la *langue*. — *Menton* carré. — *Oreilles* égales, grandes, écartées de la tête, mal ourlées, lobules détachés.

Cou bien conformé. — *Thorax* : Élévation de l'épaule droite ; saillie du rebord des fausses côtes du même côté. Légère incurvation de compensation à gauche de la portion lombaire du rachis. Le muscle trapèze du côté droit est dur et paraît moins développé que celui du côté gauche. Les fosses sus-épineuse et sous-épineuse droites sont moins remplies qu'à gauche. Pas de différence entre les pectoraux.

Membres supérieurs. — Le membre droit est moins développé que le gauche, et l'*atrophie*, déjà manifeste pour le bras, devient frappante à partir du coude. La *main* seule se trouve dans une *attitude vicieuse stable* : elle est fléchie à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts sont dans le prolongement de la main. Si nous disons à Régn... de mettre en mouvement successivement les divers segments de son membre droit, nous voyons que l'épaule est libre, qu'il peut fléchir et étendre l'avant-bras, bien qu'avec moins de force, mais qu'il lui est impossible d'étendre ni de fléchir la main, de remuer les doigts, de prendre ou de serrer un objet. Veut-on ramener *mécaniquement* la main dans l'extension, on y arrive en procédant avec lenteur, et malgré une vive résistance de la part des fléchisseurs, et on constate par cela même l'intégrité de l'articulation radio-carpienne. Dans ce mouvement, on ne triomphe qu'en apparence de la contracture des fléchisseurs, car pendant que la main s'étend, les doigts primitivement étendus se fléchissent. Il faut insister davantage, et provoquer même une légère douleur au malade pour amener la main entière

dans la rectitude. Pas d'athétose. La peau du membre paralysé parait plus rugueuse que du côté opposé ; elle est rouge violacée, à partir du coude ; les tissus de la main sont comme boursouflés. Aucune modification du système pileux. Le bras paralysé parait au toucher plus froid que son congénère.

	Droit		Gauche	
Circonférence au niveau de l'aisselle	16	c. 5	20	c. 05
Circonférence à 8 cent. au dessus de l'olécrâne	16	»	18	»
Circonférence au-dessous de l'olécrâne	15	»	19	»
Circonférence au-dessous du poignet	11	5	14	»
Circonférence au niveau du métacarpe	16	5	19	»
Distance acromio-olécrânienne	22	»	22	80
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18	»	19	»
Distance de celle-ci à l'extrémité du médius	13	»	14	»

Membres inférieurs. — Le membre droit est visiblement atrophié : *le pied seul est déformé* ; il est en extension forcée avec subluxation du scaphoïde sur la tête de l'astragale, dont on voit saillir sous la peau le bord supérieur. Il y a tendance au renversement de la région plantaire en dedans, et la pointe du pied est également dirigée en dedans ; c'est en somme un premier degré de *pied bot varus équin*. Paul meut assez facilement sa cuisse et sa jambe, mais il produit en même temps des *mouvements associés* du bras droit. Quant au pied, l'extension ne peut être accrue ; essaie-t-on au contraire de le relever, il n'obéit qu'au jambier antérieur et aux extenseurs propres du gros orteil, lesquels se bornent à augmenter l'adduction de la pointe et le renversement de la région plantaire.

Les quatre derniers orteils sont presque totalement immobiles. Malgré le bon état apparent de l'article, on ne parvient pas à vaincre *mécaniquement* la rigidité des muscles de la région postérieure, et à ramener le pied dans la rectitude. Dans la *marche*, l'extension diminue un peu, le pied porte presque à plat et un peu sur son bord externe, mais il reste inerte, fauche un peu, et frotte le sol à chaque pas. Point de mouvements choréiformes; *pas de phénomène du tendon*. Aucune modification de nutrition de la peau ni du système pileux.

Un thermomètre à surfaces, appliqué comparativement pendant 10 minutes sur la face interne des cuisses, au niveau du sommet du triangle de Scarpa a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
Première expérience	37°, 2	37°, 4
Deuxième id	37°, 2	37°, 2

C'est un des rares cas observés par nous, dans lesquels la température n'ait pas été plus basse du côté paralysé,

	Droit	Gauche
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine	36 c.	37c.5
Circonférence à 8 cent. au-dessus de la rotule	29 »	30 5
Circonférence à 8 cent. au dessous de la rotule	25 »	26 5
Circonférence au niveau des malléoles	17 »	17 5
Circonférence au niveau du métatarse........	18 5	18 5
Distance de l'épine iliaque antér. et supér. à l'extrémité supérieure du tibia.............	34 5	35 »
Distance de celle-ci à la malléole externe....	27 »	28 »
Distance de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médius..................................	15 5	16 »

Organes génitaux. Verge et gland normaux, pas de phimosis; testicules descendus, égaux, petits. Pas de traces de puberté ; pas d'onanisme.

Peau. — Cheveux chatain clair, peu épais ; sourcils et cils de même nuance ; corps, aisselles, pénil, glabres ; quelques adénites cervicales ; aucune cicatrice. En juin 1882 : taille 1m21; poids 23 kilog.

Digestion. — Appétit excellent, aucun trouble gastrique, selles régulières ; râte et foie normaux.

Respiration : sonorité thoracique naturelle, respiration un peu rude, pas de toux. — *Circulation régulière,* aucun bruit morbide.

Sensibilité générale. — Conservée dans tous ses modes, paraît égale des deux côtés. — *Vue* plus perçante à gauche (?). — *Ouïe*, plus fine à gauche (?) — *Odorat* et *goût* normaux.

Intelligence. — Paul est assez éveillé et facile à interroger ; il comprend vite et exécute tout ce qu'on lui demande. Sa physionomie est gaie, son sourire assez malin. Il sait, outre son nom et son âge, le lieu et la date de sa naissance. Il connaît le jour, mais non le mois ni l'année. — Il a suivi régulièrement, depuis son entrée, l'école de la section où il travaille bien; il a appris successivement à lire couramment, à écrire, à faire les trois premières règles. Sa mémoire est bonne, il connaît les objets usuels et leurs usages, s'habille et fait sa toilette avec une remarquable célérité, mange proprement et est assez soigneux de ses vêtements. Les *sentiments affectifs* sont trés développés; il se réjouit de la visite de sa mère et s'attriste au souvenir de son père; il vit en très bons termes avec ses camarades et joue avec eux sans jamais avoir de disputes.

1882. 22 *février*. — Paul a été pris dans la journée d'un mal de gorge assez violent.

23 *février*. — On constate une vive rougeur du voile du palais, des piliers, et sur l'amygdale droite une *fausse membrane épaisse* qui la recouvre complétement; la douleur est assez inten e à la déglutition; les voies respiratoires sont libres; pas de toux; état général assez bon. — *Traitement*: ipéca 1 gr; gargarisme avec 4 gr. de chlorate de potasse; julep avec 4 gr. d'extrait de quinquina et 50 gr. de rhum; deux injections de 1 centigr. de nitrate de pilocarpine chacune; quatre cautérisations avec la solution citrique et phéniquée; inhalations d'acide phénique; lait et bouillon. T.R. 38°, 4. — *Soir*: T.R. 38°,4.

24 *février*. — Nombreux fragments de *fausses membranes* dans les vomissements; nuit assez bonne; même aspect de l'amygdale droite; nouvelles plaques sur les piliers postérieurs des deux côtés et sur la face postérieure de la luette, adénite sous-maxillaire à droite, mais peu considérable; voix normale, coryza intense, toux rare, rien dans la poitrine; état général assez bon. T.R. 38°,8. Vomitif, ajouter 60 gr. de vin de quinquina au traitement. *Soir*: T.R. 39.

25 *février*. — Les *fausses membranes* persistent, mais sont moins larges et moins nombreuses; pas d'exagération de l'adénite; aucune complication dans les voies respiratoires; sommeil excellent; retour de l'appétit. Les injections *sous-cutanées de pilocarpine*, provoquent une salivation abondante; on fera chaque injection de 15 gouttes au lieu de 10. Troisième vomitif demain matin. T.R. 38°,8. — *Soir*: T.R. 38°,6.

26 *février*. Pas de modification notable. T.R. 38°. *Soir*; T.R. 38°,2.

27 *février*, — L'état local et l'état général sont assez satisfaisants; les fausses membranes sont punctiformes; mais on constate le début d'une *paralysie du voile du palais*; le lait revient par le nez et souille la lèvre supérieure. T.R. 38°,4. — *Soir*: T.R. 38°

28 *février*. — Même état. T.R. 38°. Un vomitif demain. — *Soir*: T.R. 38°

1er *mars*. — Réduction des fausses membranes à une petite ligne verdâtre siégeant à la partie supérieure de l'amygdale droite; diminution du gonflement sous-maxillaire ; aucune apparence de nouvelle complication: même état de paralysie. T.R. 38° — *Soir*: T.R. 38°.

2 *mars*. — La rougeur et les fausses membranes ont tota-

lement disparu ; cessation des injections de pilocarpine. Continuation des autres prescriptions. T. R. 38°. — *Soir.* T. R . 38°.

3 *mars.* — T. R. 37°,8. — *Soir.* T. R. 37°,8.

4 *mars.* — T. R. 37°,8. La paralysie du voile du palais persiste seule. Rejet des aliments par le nez, voix nasonnée, difficulté de souffler une bougie et issue de l'air par le nez, altération de la prononciation des lettres. Les labiales sont prononcées distinctement.

5 *mars.* — T. R. 37°, 8. — *Soir* : T. R. 37°. 6.

6 *mars.* — T. R. 37°, 6. — *Soir* : T. R. 37°, 6.

7 *mars.* — L'enfant est guéri, sauf encore un peu de paralysie, et pourra retourner bientôt en cla se.

1889. 28 *mai.* — R... a eu plusieurs accès ce matin. Hébétude. abattement, langue sale, pâteuse, portant l'empreinte des dents, *Traitement* : vomitif et purgatif.

16 *juin.* — L'enfant a eu 10 accès.

17 *juin.* — 8 accès dans la nuit. Ce matin, T. R. 39°. R... est abattu, les yeux sont hagards ; il a eu des secousses. Large eschare au niveau du grand trochanter droit. Pas de selles depuis deux jours.

18 *juin.* — L'enfant a encore eu des vertiges. T. R. 39°. Gâtisme.

19 *juin.* — T. R. 39°. La face est légèrement bleuâtre ; le pouls est régulier, rapide, à 110, mais peu résistant. Ventre creusé en bateau, yeux excavés ; sécrétion séro-purulente des conjonctives. Large eschare fessière à gauche ; petites eschares trochantériennes des deux côtés. Pas d'appétit. L'enfant n'a pas eu d'accès hier ni aujourd'hui. — *Soir* : T. R. 40°. Abattement prononcé. *Rétention d'urine* pour laquelle on sonde le malade ; l'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Les membres sont dans la résolution ; anesthésie plantaire. — Potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina ; lavement au sulfate de quinine, 50 centigrammes. — Ventouses sèches sur la poitrine. — Sinapismes aux membres inférieurs.

20 *juin.* — Même état de dépression et d'abattement. La température, la respiration, le pouls ont augmenté parallèlement de fréquence. Le malade n'a pas uriné et en le sondant on ne retire que 15 centilitres d'urine. Il ne paraît plus reconnaître ceux qui l'approchent. Les pupilles sont contractées. la bouche entr'ouverte, la langue très sèche. — Face plombée, front couvert de sueur. — Raie méningitique très marquée. — Coma profond. — Mort.

Voici le relevé des accès consignés depuis l'entrée :

1881	211 accès.	30 vertiges.
1882	35 —	4 —
1883	55 —	3 —
1884	76 —	3 —
1885	137 —	2 —
1886	167 —	2 —
1887	169 —	4 —
1888	205 —	4 —
1889 (29 Juin)	117 —	14 —

AUTOPSIE : le 21 juin (25° de chaleur à l'ombre.) — *Cou* et *thorax*. *Cœur et péricarde* normaux. — *Poumon droit* : Pas de liquide dans la plèvre. Adhérences celluleuses assez résistantes sur toute son étendue, même au diaphragme. Congestion intense à la base. Pas de tubercules. — *Poumon gauche* libre d'adhérences, légèrement congestionné à la base. Pas de tubercules. — *Corps thyroïde* normal (16 gr.). Quelques traces de *thymus*.

Abdomen. — *Rate* : rien de particulier (95 gr.). — *Foie* normal (1.010 gr.) — *Muqueuse* de l'estomac et de l'intestin normale, ainsi que la *vessie*. *Testicules* dans les bourses. — *Reins* très congestionnés. Le droit pèse 110 gr. et le gauche 90.

Les *muscles* de l'avant-bras sont beaucoup plus minces et plus pâles du côté droit que du côté gauche.

Tête. — Les *os du crâne* sont minces, un peu moins à gauche qu'à droite. La moitié gauche de la voûte est très notablement plus petite que la droite et offre de larges plaques *transparentes* et *très minces*. Les dentelures des *sutures* sont encore très apparentes ; elles forment des crêtes légèrement saillantes à la face externe. Pas d'adhérence de la *dure-mère*. Une fois la dure-mère enlevée, apparait sur l'hémisphère gauche un *kyste* rempli d'un liquide clair assez abondant (80 à 100 gr.). La *pie-mère* est tellement fine qu'elle est très difficile à enlever; toutefois, il n'y a pas d'adhérences.

Hémisphère droit	540 gr.
— gauche	275
Cervelet droit	75
— gauche	80
Protubérance et bulbe	25

L'*artère sylvienne gauche* est plus petite que celle du côté droit. Au niveau du kyste, son calibre est entièrement réduit et elle ressemble à un cordon presque fibreux. — Les *nerfs*

de la base n'offrent pas de différence sensible à l'œil nu. Les *pédoncules* et les *pyramides* gauches sont beaucoup plus petits qu'à droite, et moins sailants. — En raison de la chaleur, la moelle est dans un état de ramollissement qui en rend la conservation impossible,

Hémisphère gauche. — Face convexe. Tout le territoire de la sylvienne est occupé par un *kyste volumineux*, qui s'est creusé une loge aux dépens de la substance grise et blanche de l'hémisphère et qui a détruit la partie postérieure de la 3e frontale, la frontale ascendante sur presque toute son étendue, ainsi que la pariétale ascendante, tout le lobule pariétal inférieur, le pli courbe, les deux premières temporales. Cette poche kystique a sa paroi externe formée par une membrane qui se confond complètement avec la pie-mère, assez mince sur toute son étendue. Au niveau de la substance cérébrale, au contraire, cette membrane s'épaissit, adhère intimement à la substance cérébrale dans les anfractuosités de laquelle elle pénètre. — Le fond de la poche est formé par cette membrane lisse, et doublée d'une mince couche de la substance blanche qui la sépare du ventricule latéral et des noyaux gris. Il n'existe aucun orifice de communication avec le ventricule. Les limites du kyste sont fort irrégulières, anfractueuses et formées par des circonvolutions détruites, ne présentant pas d'arrêt net, et ne plongeant pas dans la poche.

Lobe frontal. — La scissure du Sylvius et le sillon de Rolando n'existent plus. On trouve la *1e frontale* complète. Elle est formée d'une grosse circonvolution sinueuse, réunie à la 2e en avant par un gros pli de passage et séparée sur le reste de son étendue par un sillon profond. Un sillon assez net la divise en deux circonvolutions parrallèles dans sa moitié antérieure. En arrière, elle s'insère par un pli de passage assez étroit sur ce qui lui reste de la frontale ascendante. — La 2e *frontale* est très sinueuse, étroite en avant, très développée en arrière. De profonds sillons transversaux la segmentent presque complètement. L'insertion sur la frontale ascendante n'existe plus. — La 3e *frontale* est détruite dans sa moitié postérieure, quoique le malade n'ait jamais présenté d'*aphasie*. Elle est formée en avant par une petite masse bilobée, puis une circonvolution repliée sur elle-même, dont la partie postérieure a disparu.

Frontale ascendante. — Il n'existe que deux vestiges, l'un au-dessous de la première *frontale*, à demi détruit, et un

au-dessus où s'insère la 1re frontale. — *Sillon de Rolando* réduit à une ligne coudée de 2 cent. 1/2. — *Pariétale ascendante* réduite à son 1/3 supérieur. *Pariétale supérieure* assez volumineuse, formée de deux masses, séparées par un sillon bifide au milieu, et distinct du lobe occipital, grâce à un profond sillon.

Lobe occipital. — Il est formé d'une grosse circonvolution quadrilatère se continuant en arrière avec un petit pli qui serpente au-dessous d'elle en se repliant sur lui-même, et tout à fait à l'extrémité postérieure du lobe, par une petite circonvolution triangulaire qui est réunie au dessous avec la première temporale.

Lobe temporal. — La première temporale est complètement détruite dans ses 3/4 antérieurs et formée d'un pli simple qui rejoint en arrière le lobe occipital. Il en est de même de la deuxième temporale. — La troisième *temporale* est à peu près conservée, surtout dans sa partie inférieure et, en arrière, elle est presque séparée de sa partie antérieure par un angle dans lequel vient s'encastrer la 2e temporale réduite à un coin.

Face interne. — Première temporale très développée surtout en bas et séparée en deux circonvolutions par un sillon à digitations profondes de chaque côté. Au-dessus, nouveaux sillons transversaux et antéro-postérieurs en forme de T, fragmentant la circonvolution. — Sillon *calloso-marginal régulier en avant*, anfractueux en arrière. — *Circonvolution du corps calleux* régulière et mince en avant, très développée et irréguliére comme le sillon calloso-marginal lui-même en arrière. — *Lobe paracentral* petit, peu net en avant, où il se confond avec la partie postérieure de la 1e frontale. — *Lobe quadrilatère* petit, trapézoïde en avant et séparé par un petit sillon de la partie postérieure, quadrilatère, très développée, divisée par un sillon vertical partant du bord de l'hémisphère. — *Cuneus* peu nettement limité. Sillons superficiels. Pli de passage se réunissant en haut avec les précuneus.

Scissure calcarine très profonde allant jusqu'à la fente de Bichat.

4e *Temporale.* — Assez irrégulière comme diamètre, peu séparée en avant de la circonvolution supérieure, très nettement au contraire en arrière par un sillon creux, bifide en avant.

Lobe occipital formé de petites circonvolutions séparées par des sillons étroits et peu profonds.

Circonvolution de l'hippocampe assez large, unie, séparée en deux à sa partie moyenne par le sillon dont nous avons parlé pour la quatrième temporale.

Lobe orbitaire et gyrus rectus. — Rien de particulier. — *Corne d'Ammon* petite, non sclérosée. — *Corps opto-strié*, rien de particulier. — *Ventricule latéral* non dilaté.

Hémisphère droit. Face convexe. Lobe frontal. 1re frontale étroite, s'insérant directement sur la frontale ascendante. Sinueuse en avant, elle se continue avec un pli très tortueux appartenant à la 2e frontale, et le sillon qui la sépare de la 2e frontale n'existe que dans ses 2/3 postérieurs.

2e frontale très développée, surtout en arrière. On trouve d'avant en arrière une circonvolution sinueuse se contournant avec la 1re frontale, et séparée d'une autre inférieure qui se contourne en avant, un peu avant d'arriver au bord antérieur, pour se continuer avec la 3e frontale. En arrière de cette masse se trouve un sillon assez marqué, vertical ; puis une autre masse en forme de quadrilatère allongé verticalement et élargi en haut, séparé par un sillon très profond d'une dernière masse postérieure. Cette masse coupée, en deux par un sillon antéro-postérieur, qui divise transversalement la frontale ascendante, s'insère largement sur cette frontale, au-dessus et au-dessous du sillon. La *3e frontale* est séparée de la 2e frontale par un sillon, qui n'existe que dans les 2/3 postérieurs, large et profond. En avant, pli de passage sur la 2e frontale et circonvolutions à peine marquées à la pointe antérieure du lobe. Très large en arrière, elle est séparée presque complètement par un petit sillon de la frontale ascendante, sur laquelle elle ne s'insère que par un petit pli à la partie inférieure. — La *frontale ascendante* est très étroite en bas, elle est presque complètement divisée au milieu par le sillon dont nous avons parlé à propos de la deuxième frontale. — Le *sillon de Rolando* est très sinueux. La *scissure de Sylvius* est large, peu prolongée en arrière, sa branche antérieure peu distincte.

Lobe pariétal. — Pariétale ascendante, normale, large en bas, se rétrécit ensuite, pour s'élargir de nouveau dans sa partie moyenne et enfin aboutir, en s'effilant, au bord supérieur de l'hémisphère. Aucun pli de passage avec le lobe pariétal. Quelques sillons transversaux peu profonds.

Lobule pariétal supérieur assez bien développé, forme d'une masse de circonvolutions assez sinueuses, mais peu saillantes, se continuant en arrière avec une circonvolution verti-

cale qui arrive jusqu'à la scissure parallèle. — *Scissure interpariétale* assez étendue, très profonde en arrière. — Lobule du pli courbe bien développé. La scissure de Sylvius se prolonge presque jusqu'à la scissure interpariétale, le divisant ainsi en deux circonvolutions. — *Pli courbe* séparé du lobule du pli courbé par un sillon étroit ; il est composé de deux circonvolutions séparées par un sillon vertical qui rejoint la scissure interpariétale. La circonvolution antérieure a une forme de coin qui se noie dans la scissure parallèle et qui est divisé en trois masses, une supérieure quadrilatère, une carrée au-dessous, et une triangulaire en bas, séparées par des sillons transversaux. La circonvolution postérieure se continue en haut avec la pariétale supérieure et s'arrête en bas à la scissure parallèle.

Lobe occipital. — Il se compose d'une masse irrégulière comprise entre la scissure perpendiculaire externe et un large sillon qui la sépare des circonvolutions inférieures, lesquelles sont unies, simples, étroites et verticales, au nombre de trois.

Lobe temporal. — 1re *temporale* assez courte, à peine sinueuse, aboutit en arrière à la partie antérieure et inférieure du pli courbe.

La *scissure parallèle* est large, anfractueuse, profonde. — La 2me *temporale* est développée, plus sinueuse que la première et présente d'assez nombreux sillons tranversaux peu profonds. — La 3e *temporale* n'est distincte qu'en arrière, où elle se confond avec le lobe occipital. — *Lobule de l'insula* , rien de particulier.

Face interne. — *Frontale interne* bien développée; elle forme en avant une circonvolution simple, offrant quelques sillons superficiels, puis, dans son quart postérieur, présente un petit lobule quadrilatère presque détaché du reste de la circonvolution et séparée du lobe paracentral par un sillon très creux. — *Sillon calloso-marginal* profond, formant une encoche pour recevoir le lobule postérieur de la frontale interne. — *Lobule paracentral* bien développé, traversé par un petit sillon vertical et un autre antéro-postérieur superficiel. — *Circonvolution du corps calleux*, simple et étroite en avant, s'élargit en arrière. Elle est séparée de la partie postérieure par un sillon qui se continue avec celui qui limite en arrière le lobule paracentral. En arrière, elle se confond avec le lobule quadrilatère.

Lobule quadrilatère très large, formé de trois circonvolu-

tions séparées par des sillons verticaux assez profonds, qui aboutissent à un sillon en fer à cheval limitant la circonvolution du corps calleux en arrière du sillon calloso-marginal.

Scissure calcarine très profonde.— *Cunéus* à peine marqué. — Le *lobe occipital* se compose d'une petite masse de circonvolutions séparées par un sillon étoilé à quatre branches.

Circonvolutions temporo-occipitales. La 1re est large avec quelques sillons transversaux, superficiels. Une longue scissure étroite la sépare de la 2e. Celle-ci est unie, sans sillons superficiels. La 3e *temporale* est bien visible sur la face inférieure. Elle est divisée en deux parties presque égales par un sillon transversal profond. — *Lobe orbitaire* et *gyrus rectus*, rien de particulier. — *Corps opto-strié* normal. — *Ventricule latéral* non dilaté (1).

Ces deux groupes, comprenant chacun deux cas, mis en regard, nous montrent d'une manière évidente la différence qu'ils présentent au point de vue anatomique et au point de vue pathogénique et il suffit d'examiner sommairement les photographies que nous mettons sous les yeux du Congrès pour s'en convaincre. Nous pensons donc pouvoir conclure que :

1° Il y a lieu de distinguer *deux formes* de *porencéphalie* : la *porencéphalie vraie* et la *pseudo-porencéphalie*.

2° La *porencéphalie vraie* est le résultat d'un arrêt de développement, et est par conséquent congénitale ; la *pseudo-porencéphalie* est consécutive à un processus destructif, probablement dû à un trouble circulatoire, et survient soit pendant la vie intra-utérine, soit plus tard.

3° Dans la *porencéphalie vraie*, il y a communica-

(1) On trouvera dans le *Progrès médical*, dans la thèse de notre ancien élève le Dr Wuillamié, et dans les *Comptes rendus* de notre service de Bicêtre (1880-1889) plusieurs observations analogues. Quelques-unes sont accompagnées de planches ou de figures. (B.)

tion de la dépression avec le ventricule latéral. Dans la *pseudo-porencéphalie*, cette communication n'existe pas. Toutefois, cette absence de communication n'a pas une valeur absolue, car on peut très bien supposer que le processus nécrobiotique puisse détruire complètement la substance cérébrale jusqu'au ventricule latéral et établir ainsi une large communication avec lui.

4° La disposition des circonvolutions a, au contraire, une plus grande importance. Dans la *porencéphalie vraie*, elles sont disposées en rayonnant autour du porus dans lequel elles plongent. Dans la *pseudo-porencéphalie*, au contraire, les circonvolutions sont coupées irrégulièrement et les parties qui en ont été respectées, n'ont subi aucune déviation dans leur direction.

5° La *forme de la dépression* est bien différente dans les deux cas : dans la *porencéphalie vraie*, on a une sorte d'infundibulum, quelquefois une simple fente ou un orifice presque circulaire. Dans la *pseudo-porencéphalie*, on a une vaste excavation béante dont les parois, au lieu d'être formées par les circonvolutions, sont constituées par la substance blanche recouverte par la membrane du pseudo-kyste qui lui adhère intimement.

6° Malgré l'étendue relativement beaucoup plus considérable de la *pseudo-porencéphalie*, les phénomènes psychiques peuvent être moins marqués que dans la *porencéphalie vraie* qui s'accompagne presque toujours d'idiotie complète.

XI.

Nouvelle contribution à l'étude de l'idiotie myxœdémateuse.

(Idiotie avec cachexie pachydermique) (1).

PAR **BOURNEVILLE.**

En 1880, nous avons publié dans le *Progrès Médical* la première observation recueillie en France d'idiotie, où les caractères de la *cachexie pachydermique (myxœdème* des auteurs anglais) étaient nettement mis en relief. Il s'agissait d'un malade connu sous le nom de *Pacha*, que MM. Charcot et Magnan ont montré dans leurs cours. (M. Bourneville fait passer aux membres du Congrès les photographies prises de 1880 à 1886). — Depuis lors, nous n'avons cessé de rassembler des documents sur la question. En 1886, avec notre ami, le regretté Dr P. Bricon, nous avons inséré dans les *Archives de neurologie* un mémoire où nous avons tracé en partie l'historique, complété l'observation du Pacha et relaté son autopsie, consigné l'observation d'un autre malade, Gr..., encore dans notre service, que et reproduit toutes les observations des auteurs nous avions pu découvrir (13 obs.).

Nous appuyant sur l'ensemble de ces faits, nous avons rattaché l'idiotie myxœdémateuse à l'absence de la glande thyroïde. A l'appui de notre opinion, nous avons invoqué : 1° les *lésions de la glande thyroïde* rencontrées à l'autopsie des malades qui ont succombé

(1) Ce travail a été communiqué au Congrès annuel de médecine mentale, session de Rouen, août 1890, p. 127.

à la *cachexie pachydermique* ; 2° les observations de *myxœdème opératoire*, c'est-à-dire du myxœdème survenu chez les personnes auxquelles, dans un but thérapeutique, on avait extirpé en totalité la glande thyroïde ; 3° enfin, le *myxœdème expérimental*, déterminé chez les animaux par l'enlèvement complet de la glande thyroïde (expériences de Schiff et de Horsley). En 1888, nous avons rapporté deux nouvelles observations personnelles, une autre de M. le Dr Camuset et une quatrième de M. le Dr Cousot (1). Au mois d'août 1889, dans une communication à l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, nous avons fait connaitre cinq nouveaux cas personnels et 3 autres empruntés à divers auteurs. Au mois de janvier de cette année, nous avons publié (2) une autre observation concernant un malade qui venait d'entrer dans notre service et qu'on avait exhibé dans les foires sous le nom de *roi des Esquimaux*. Nous vous faisons passer sous les yeux les photographies de tous nos malades et celles des malades des auteurs qu'il nous a été possible de nous procurer.

Aujourd'hui, nous allons donner le résumé de 8 autres observations dont une nous appartient, comparer l'*idiotie myxœdémateuse* avec l'idiotie ordinaire et avec le crétinisme et nous terminerons en vous traçant le *tableau nosographique* de cette forme si curieuse de l'idiotie.

M. le docteur Norton Manning, professeur de psychiâtrie à Sidney, a communiqué l'observation suivante au Congrès intercolonial de 1889, dont le compte rendu nous est parvenu au mois d'avril dernier. Il considère cette affection comme assez rare, — « rare,

(1) *Archives de Neurologie*, t. XVI, p. 431, t. XVII, p. 85-90 et *Compte rendu de Bicêtre pour* 1888, p. 3.
(2) *Ibidem*, t XIX, p. 127.

en tout cas, en Australie, dit-il puisque c'est le premier et le seul cas que j'aie vu dans ma pratique de 20 années. »

OBSERVATION I.

S. G..., 18 ans, a été admise à l'asile d'idiots et d'imbéciles de Newcastle (N. S. W.) en avril 1888. Son pére, irlandais, sobre, était laid, un peu courtaud et d'intelligence un peu moyenne. La mère est morte en janvier 1888; elle avait joui auparavant d'une bonne santé. Ni d'un côté, ni de l'autre, il n'y aurait eu d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques ou de syphilitiques. S. G... et le sixième enfant. Ses cinq frères ou sœurs sont bien constitués, bien portants et n'ont aucune faiblesse d'esprit.

A la naissance de S. G..., ses parents n'ont rien remarqué d'anormal. A l'âge de 8 mois, elle fit une *chute* de sa voiture suivie de *convulsions* qui continuérent par intervalles assez éloignés jusqu'à l'âge d'environ 3 ans. Elles étaient probablement dues à la dentition. Les parents s'aperçurent graduellement que l'enfant avait quelque chose d'étrange, mais ils connaissaient bien ses imperfections avant l'âge de 3 ans et il est probable que si la maladie n'est pas congénitale, elle a du moins commencé de bonne heure.

État à l'admission. — C'était un type de crétinisme sporadique ; sa taille était de 87 cent. 5, son poids de 25 k. 424. La circonférence thoracique était de 70 cent. La figure était large, ramassée et présentait un développement considérable de graisse. L'abdomen était protubérant ; les jambes arquées et tordues. Les bras mesuraient 35 cent. de l'acromion à l'extrémité des doigts ; les mains étaient grandes et ridées comme celles d'une personne âgée. Il n'y avait aucun signe qui marquât le développement du sexe, les seins n'offrant aucune saillie et le pubis étant glabre.

La *glande thyroïde ne paraît pas exister*. Au-dessus des clavicules, il y a des masses graisseuses.

La circonférence de la tête est de 55 cent. La distance verticale de l'insertion d'une oreille à l'autre est de 30 cent. La tête est brachycéphale, avec une saillie considérable de la région occipitale. La face est plate, large ; les joues sont gonflées, pendantes ; les yeux quelque peu écartés ; la bouche toujours entr'ouverte laisse voir la pointe de la langue, qui est

large et flasque. Les lèvres sont épaisses; le nez est épaté et difforme. Le palais n'offre rien d'anormal et les dents, quoique mal rangées et en mauvais état, sont bien conformées. Les oreilles sont longues, écartées, en forme d'ailes.

Le teint est terreux et blême, la peau ne peut être pincée sans comprendre du tissu sous-cutané. Pouls à 88. Température normale. La malade marche en se dandinant un peu. Elle se sert de ses mains. Tous les sens paraissent normaux, mais la perception est bien lente. La parole, monosyllabique et peu compréhensible, est lente. S. G... prononce un certain nombre de mots et dit le nom de tous les objets usuels. Elle reconnaît un penny, mais appelle schelling toutes les pièces d'argent sans distinction. Bien qu'elle sache que l'argent sert à acheter des sucreries, des pêches et des bananes, elle n'a aucune idée de sa valeur relative. Elle ne compte que jusqu'à 4, sait son nom, son âge, mais rien de plus sur la vie. Sa tenue est bonne. S. G... est incapable de s'habiller. Elle a conscience des besoins naturels et est portée à imiter. Son caractère est doux gai.

Une expérience de quelques mois a montré qu'elle était susceptible d'éducation, quoique à un faible degré. Elle connait les habitudes de l'établissement et dit les heures des repas. En résumé, son développement intellectuel est tout à fait inférieur (*fig.* 8).

« Pour qui a voyagé dans le pays des crétins de la Suisse et des montagnes de l'Himalaya, ou qui a vu des cas isolés dans les hospices d'aliénés de France et d'Italie, ajoute M. Manning, la ressemblance des cas sporadiques avec les cas endémiques est très frappante, ce qui les fait reconnaître généralement comme appartenant à la même famille. » Puis il rappelle les principaux caractères de la maladie, signale l'arrêt de développement sexuel, les pseudo-lipomes, l'absence de la glande thyroïde, ce qui est de la plus grande difficulté à diagnostiquer pendant la vie; la possibilité de l'éducation « mais seulement jusqu'à un point très limité. » A force d'attention et de soins on peut, dans la plupart des cas, leur donner des habitudes de propreté et les soustraire au gâtisme Ces réflexions sont tout à fait conformes à ce que nous avons précédemment écrit.

Dans la même session du Congrès intercolonial, le D[r] E.-C. Stirling, chirurgien de l'hôpital Adélaïde et professeur à l'Université de la même ville, a fait connaî-

tre les observations, au nombre de 6, qui lui étaient personnelles. 5 d'entre elles appartiennent à la même famille. Avant de donner un résumé de chaque cas, nous allons exposer les particularités qui leur sont communes.



(Fig. 8).

Antécédents paternels. — *Père,* 43 ans, occupant une bonne position sociale, court, trapu, fort, sobre, non syphilitique, intelligent; n'a jamais eu d'autre maladie que des accès périodiques de fièvre, revenant chaque année à l'époque des foins.

Son père est mort à 72 ans d'une maladie de la vessie. — Sa mère, âgée de 71 ans, est sujette à des rhumatismes et à des bronchites. Il a eu 10 frères et sœurs (dont deux sont morts) sur lesquels on ne donne pas de renseignements.

Mère, 40 ans, d'une taille ordinaire, assez bien faite, intelligente, d'un caractère gai, très pauvre et économe dans sa jeunesse; elle a maintenant des tendances à la prodigalité. Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse. Pas de détails sur ses 7 frères ou sœurs. Son père et un oncle étaient atteints d'épilepsie. Ses grands parents vécurent jusqu'à un âge très avancé.

Pas de consanguinité. Ils sont mariés depuis 23 ans et ont eu 11 enfants. Tous les accouchements ont été naturels et à terme. Jamais de chutes ni d'émotions vives pendant la grossesse.

Le tableau ci-après indique l'ordre de naissance, le sexe et l'âge des enfants. Un astérique désigne ceux d'entre eux qui sont malades.

Aucun trait particulier ne distingue les membres de la famille qui jouissent d'une bonne santé à tous les points de vue.

Il y a une ressemblance si grande entre tous les enfants malades que l'auteur se borne à décrire avec détails le cas du n° 3 et ne relève que les différences en ce qui concerne les autres enfants. « Là où il ne sera pas signalé de particularités, dit-il, il est, entendu qu'on se reportera à la description du cas type. »

N^os.	SEXE.	AGE.	COULEUR DES CHEVEUX.	COULEUR DES YEUX.
1	Fille.	22 ans.	Blond cendré tournant au rouge	Bleu gris.
2	Garçon.	Mort d'accid. allait avoir 20 ans.	Brun foncé.	Brun foncé.
*3	Fille L. M.	19 ans.	Brun.	Bleus.
*4	Fille E.	17 ans 3 mois.	Brun foncé.	Bleus.
5	Garçon.	15 ans 5 mois.	id.	Brun foncé.
*6	Garçon.	13 ans 6 mois.	id.	Bruns.
*7	Fille J. L.	11 ans 1 mois.	id.	Gris bleu.
8	Garçon,	8 ans 1 mois.	Blond cendré presque rouge.	Bleus.
*9	Fille A. A.	6 ans 6 mois.	Rouge.	Bleus.
10	Fille.	3 ans 9 mois.	Brun très foncé.	Bleus.
11	Garçon.	1 an 4 mois.	id.	Brun très fonc.

OBSERVATION II.
(*Observation I deM. Stirling.*)

L. M..., 19 ans, est née aux Lits-de-Roseaux, localité sablonneuse, souvent inondée, située à 4 milles d'Adélaïde. Sevrée à 6 mois, elle fut ensuite élevée au lait de vache. Elle eut alors une éruption du cuir chevelu (Impétigo (?). La première dentition aurait été normale, mais la seconde se fit sans suite. Vers 4 ans, étant encore maigre et délicate, elle eut la scarlatine et la coqueluche. Peu après, la mère remarqua « un élargissement de la figure et des mains et une augmentation de poids ». L'intelligence qui avait été semblable à celle d'un enfant ordinaire de son âge devint inerte et s'épaissit. Cet affaiblissement intellectuel s'accentua parallèlement aux changements corporels et l'enfant, qui avait toujours été très sensible au froid, le devint davantage.

Etat actuel : taille, 91 cent. — Poids, 33 kil., 42 gr. — Circonférence fronto-occipitale, 57 centimètres.

La configuration de la tête ne présente aucune anomalie, et les fontanelles paraissent fermées (?). Lourdeur prononcée de la partie inférieure de la face, Sourcils et cils plutôt clairsemés. Paupières, surtout les inférieures, gonflées, conjonctive légèrement congestionnée, iris bleu, pupilles légèrement dilatées, vue faible, regard humide.

La chevelure est épaisse, brune, hérissée, dure et grossière ; pas d'alopécie. Le cuir chevelu a une tendance à se recouvrir de croûtes. Le nez est large, les joues sont pleines et fermes, les lèvres pâles, luisantes, épaisses et saillantes. La physionomie est peu expressive. La peau de la face est terreuse, la langue longue et étroite, l'haleine sans odeur. Sous la mâchoire inférieure existe une sorte de gonflement ayant l'apparence d'un double menton.

La circonférence du cou est de 33 centimètres. Au palper, *on ne peut découvrir de traces de la glande thyroïde.* Dans les creux sus-claviculaires, on rencontre des grosseurs de la dimension d'un œuf de dinde, qui n'auraient pas été notées au début de la maladie, et qui, au dire de la mère, augmenteraient de volume. Il en existait aussi au-dessous des clavicules. Les veines superficielles correspondantes sont élargies, surtout au-dessous des clavicules. Les seins sont peu développés et les bouts petits.

La peau du corps est très dure, sèche et a de la tendance à

s'écailler. La malade ne transpire jamais, même après un bain de vapeur. Le corps entier est bouffi, sans que la pression du doigt laisse nulle part d'empreintes. Circonférence du thorax, 72 cent. 5. Respiration normale. Les battements du cœur sont lents et normaux, dit l'auteur, et il ajoute que le pouls est à 90. L'abdomen est gonflé, proéminent, et le tissu adipeux très développé ; sa circonférence ombilicale est de 83 cent. Au niveau des vertèbres cervicales inférieures et dorsales supérieures on trouve une enflure molle, élastique, mal définie, d'environ 15 cent. de diamètre où les poils sont nombreux et remontent jusqu'à la nuque. Le pénil est glabre ainsi que les aisselles ; les *règles* n'ont jamais paru.

Les mains sont courtes, larges, bouffies et froides ; « la peau y est plissée et forme une espèce de sac », les ongles sont bien développés, les mouvements des doigts sont lourds. La malade boutonne ses habits avec beaucoup de difficulté. Les pieds ont le même aspect que les mains. Les os ne présentent nulle part de déformation. La colonne vertébrale offre ce qu'on observe dans une lordose très prononcée qui, avec l'élargissement des mollets, rappelle la paralysie pseudo-hypertrophique.

La malade marche en se dandinant; elle fait tout délibérément, mais avec paresse. L'appétit est incertain et capricieux ; les intestins fonctionnent régulièrement ; la miction est fréquente. « Les urines contiennent quelques phosphates et quelques traces d'albumine (?). »

Les sens, sauf la vue, sont normaux. La malade est sensible au chatouillement des pieds. La température buccale est de 36°,1.

Les facultés mentales sont celles d'un enfant arriéré de 5 ans. Ses actes, ses idées, sont caractérisés par la même inertie que celle des mouvements physiques. Elle éprouve beaucoup de difficulté à apprendre par cœur. Son écriture, lisible, ressemble à celle d'un commerçant. Elle lit des historiettes à l'usage des enfants. Son caractère est doux. Elle parle peu et avec beaucoup d'hésitation ; elle s'amuse de presque rien et rit souvent d'un rire saccadé. Ses habitudes sont soignées. « Elle dort comme une toupie, dit sa mère. Les extrémités sont toujours froides comme la peau d'une grenouille. Elle aime beaucoup s'étendre au soleil ou s'asseoir auprès du feu en hiver. Elle reste des heures entières assise sans mouvements, absolument inactive, dans une attitude placide, heureuse, et comme plongée dans une torpeur profonde ».

Nous trouvons dans cette observation tous les symptômes que nous avons relevés chez nos malades. Mais il en est quelques-uns qui paraissent faire défaut, par exemple, l'alopécie partielle, la persistance des fontanelles, l'absence d'incurvation rachitique. Peut-être, à cet égard, et par suite de la difficulté de l'observation, l'examen a-t-il été superficiel.

OBSERVATION III.
(*Observation II de M. Stirling.*)

« E.., âgé de 17 ans 3 mois (nº 4 du tableau), était une enfant d'une beauté remarquable et d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 4 ans, époque à laquelle se déclarèrent les symptômes de la maladie. A 7 ans, diphthérie.

Taille, 94 cent. — *Poids*, 19 k. 522. — *Circonférence de la tête*, 51 cent. — *Circonférence thoracique*, 58 cent. 7. — *Circonférence au niveau de l'ombilic*, 61 cent.

Elle présente tous les symptômes décrits chez sa sœur, sauf les différences ci-après : l'éruption du cuir chevelu est plus accusée; la peau est plus sèche et ressemble, au toucher, à du parchemin. « La respiration est plus pénible, l'intelligence est plus obtuse ; la malade n'a jamais appris à lire, parle moins distinctement et bégaie légèrement. Son caractère est doux, mais elle n'est pas sensible comme son aînée ; la face n'est pas aussi large ni aussi bouffie ; la démarche accompagnée de dandinement est moins lourde que chez sa sœur. T. 37° 2.»

OBSERVATION IV.
(*Observation III de M. Stirling.*)

C.., H.., âgé de 13 ans 1/2 (nº 6 du tableau), est né à Whoodville, faubourg d'Adelaïde.

Taille, 1 mètre 11 cent. — *Poids*, 23 k. 608. — *Circonférence de la tête*, 52 cent. — *Circonférence du thorax*, 61 cent. — *Circonférence au niveau de l'ombilic*, 67 cent. 5.

Mêmes symptômes mais à un moindre degré. Bouffissure de la face moins prononcée. Cheveux beaucoup plus clairsemés que dans les cas précédents « laissant à nu une plus grande surface du cuir chevelu. » *Glande thyroïde non sentie*

au toucher. Grosseurs sus-claviculaires moins proéminentes. T. 36° 6. Physionomie sans expression; intelligence moins arriérée. « Lent à l'étude, mais assez avancé; son écriture est très bonne » Caractère doux, il s'occupe à la maison et à la basse-cour.

OBSERVATION V.
(*Observation IV de M. Stirling.*)

J.., L.., âgée de 11 ans, née à Whoodville.

Taille, 98 cent. — *Poids*, 21 k. 444. — *Circonférence de la tête*, 49 cent. — *Circonférence du thorax*, 62 cent. — *Circonférence au niveau de l'ombilic*, 62 cent.

Les symptômes sont moins accusés que dans les observations II et III, mais plus que dans l'observation IV.

La chevelure est plus douce et plus belle que dans les observations II et III, ce que la mère attribue à des frictions à l'huile d'olive. Les lèvres sont plus épaisses et plus tombantes. La peau est moins sèche et moins rude. Dans les régions sus-claviculaires, il y a plutôt du plein que des grosseurs. Les mouvements sont plus libres que chez ses deux sœurs; elle ne peut lire que des petits mots. Son écriture est belle. T. 36°, 6.

OBSERVATION VI.
(*Observation V de M. Stirling.*)

A..,A.., âgé de 6 ans 1/2 (n° 9 du tableau). Les premiers symptômes se sont montrés avant l'âge de 3 ans. Pas de maladie de l'enfance. Entre 2 et 3 ans, éruption humide du cuir chevelu.

Taille, 81 cent.—*Poids*, 11 k. 712. — *Circonférence de la tête*, 47 cent. 5. — *Circonférence du thorax*, 50 cent. *Circonférence au niveau de l'ombilic* 52 cent. 5.

Symptômes semblables à ceux qui ont été notés dans l'observation III. Cheveux rouges. Peau des mains pareille à du parchemin; celle du corps est plus douce, ce qui est dû, croît-on, à des onctions huileuses. La face est plus tachetée que celle de ses sœurs, pâle et anémiée; caractère tranquille. Torpeur. Le niveau intellectuel est plus bas; l'enfant ne sait ni lire ni écrire. T. 36°, 1.

L'auteur donne le tableau de la taille de ses malades, prise en 1884 par le père et en 1889 par lui.

	Janvier 1884	1889
Observation II.......	0m99	1m01
Observation III.......	0 95	0 95
Observation IV.......	1. 11	1. 11
Observation V.......	0. 95,5	0. 98
Observation VI.......	0. 82,5	0. 81

OBSERVATION VII.

(Observation VI de M. Stirling.)

En..., âgé de 12 ans 1/2, *Père* 50 ans, bonne santé habituelle, apparence robuste, sobre, pas de syphilis; une sœur à deux filles en bonne santé, *Mère*, 35 ans, intelligente, bien portante. Pas de syphilis; aucune maladie grave, Son père est mort dans un accès unique, 4 frères et une sœur jouissant d'une bonne santé,ainsi que leurs enfants. Elle s'est mariée un peu après 17 ans et a eu 10 enfants nés à terme et une fausse couche à 4 mois. Aucun accident durant ces grossesses. Accouchements naturels. Pas de consanguinité. Les 2 premiers enfants sont nés morts. Le troisième a succombé à la rougeole vers 1 an. La quatrième est morte à 10 mois d'une maladie de poitrine, la cinquième (14 ans), et la sixième (13 ans) viennent bien. La septième est la malade qui fait l'objet de l'observation. La huitième (5 ans 1/2), est « une belle fille ». La neuvième a 4 ans et est plus grande que la malade. Le dixième est mort à 7 mois d'une bronchite.

La malade, conçue durant un voyage en Angleterre, est née à Adelaïde. A la naissance, elle était aussi forte que ses autres frères et sœurs et n'offrait rien d'anormal. Elle a commencé à marcher à 12 mois et se développa bien jusqu'à 3 ans. Alors la croissance s'arrêta, et depuis, l'enfant n'a pas grandi. A 9 mois, éruption du cuir chevelu. Pas d'autre maladie que la coqueluche. Les quatre incisives centrales de la seconde dentition ont percé il y a peu de temps. Toutes les autres dents de lait persistent; quelques-unes sont cariées.

Etat actuel: Taille, 94 cent. — *Poids.* 16 k. 798. — *Circonférence de la tête*, 47 cent. 5. (*Fig.* 9).

La forme du crâne est normale. *Les fontanelles antérieure et postérieure sont en partie ouvertes.* « Décrire les symptômes physiques de ce cas, écrit M, Stirling, serait répéter ce

qui a été dit pour les précédents. L'analogie des symptômes avec ceux des malades atteints de myxœdème est peut-être plus grande dans ce cas que dans tous les autres : face pâle, anémique, gonflée, semi-translucide, très immobile, physionomie sans expression ; peau sèche et rude, tendance au double menton (?) ; grosseurs sus-claviculaires ; gonflement des



Fig. 9.

veines de la partie supérieure de la poitrine ; bouffissures au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales supérieures ; mains larges et froides, mollets gros et fermes, lordose, ventre volumineux, T. 36°,1.

L'enfant ressemble à une arriérée de 4 à 5 ans. Elle lit de petits mots mais ne sait pas écrire. Sa mère prétend que l'intelligence se développe. Sens spéciaux normaux ; rien à l'oph-

thalmoscope. Sensibilité au chatouillement. Caractère tranquille et doux. Elle parle en jouant avec les autres enfants. Tendance marquée à se coucher au soleil ou à se mettre devant le feu.

Le mémoire de M. Stirling est accompagné de 6 photographies: « mais, dit-il, le photographe a eu beaucoup de peine à accomplir son travail, car les circonstances n'étaient pas favorables pour obtenir le résultat qu'on pouvait désirer, comme le montrent les 5 premières photographies. » Aussi, nous contenterons-nous de reproduire la photographie de son sixième malade (*Fig.* 9).

Dans les réflexions dont M. Stirling a fait suivre ses observations, nous n'avons à relever qus le passage suivant: « Il y a un symptôme qui est un élément remarquable dans tous les cas; je veux parler de la tuméfaction prononcée, avec tendance à la croissance de poils qui existe au niveau des vertèbres cervicales antérieures et dorsales supérieures. » C'est là une particularité que nous avons également remarquée chez nos malades et qui a été signalée dans un de ses cas par Curling.

OBSERVATION VIII.

Arrêt de développement physique et intellectuel, Onanisme et idiotie myxœdémateuse. (Pers.)

C..., Françoise, née le 21 mai 1858 à saint-Usuge, arrondissement de Louhens (Saône-et-Loire), est entrée à l'asile départemental de Mâcon le 10 avril 1890.

L'asile ne possède aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels de cette malade. Nous avons essayé vainement de nous en procurer en nous adressant au médecin de la commune qu'habitent ses parents.

Description de la malade. — Son aspect général et sa physionomie sont tout à fait caractéristiques de l'idiotie myxœdémateuse. Vue de profil, la malade est tout à fait comparable à tous ceux dont nous avons publié l'observation, qu'il s'agisse du profil de la face ou de celui du ventre.

Taille, 1m. — *Poids*, 24 kil.

La tête est volumineuse, surtout dans sa moitié postérieure; le front est rétréci et bas. *La fontanelle antérieure persiste* d'une façon indubitable ; ou sent non pas une simple rainure, mais un espace losangique, au niveau duquel on perçoit une résistance élastique, indice de la présence d'une membrane. Les cheveux, secs à la racine, assez soyeux à 5 ou 6 centimètres de là, paraissent plus gros en arrière; ils sont longs, noirs, avec un reflet rouge au-dessus des tempes. Il n'existe de crasse eczémateuse qu'au niveau de la région occipitale. Le front présente des rides très profondes, qui contribuent à donner à la malade un aspect tout à fait vieillot. Les arcades sourcillères sont un peu déprimées. Les sourcils sont noirs et assez épais; les paupières bleuâtres, très bouffies, cachant la moitié des globes oculaires, sont le siège d'une *blépharite chronique*. Le nez est très camus la bouche large. Les lèvres sont moyennement épaisses, leur bord libre et surtout leur face interne, sont cyanosés. La langue est volumineuse, mais non pendante; l'haleine est mauvaise et rappelle celle des autres malades. Les dents sont cariées, irrégulières et sur deux rangées; le menton est fuyant, très court. Les joues sont ballottantes et ont une coloration cireuse, ainsi que les oreilles qui, en outre, semblent œdémateuses. Le cou est très court, les masses lipomateuses des joues et des creux susclaviculaires le raccourcissent encore. Au palper, on ne découvre ni sur la ligne médiane, ni à gauche, de traces de la *glande thyroïde,* mais on sent à droite un petit noyau arrondi, très dur.

Le *thorax* est étroit et notablement déformé; l'épaule gauche est plus élevée que la droite et très saillante, ainsi que la région scapulaire; la *colonne dorsale* décrit une convexité à gauche très prononcée. Les dernières côtes sont saillantes. Ces déformations paraissent plus accentuées lorsqu'on examine la malade debout. L'ensellure lombaire est plus accusée et plus prononcée que d'habitude. Le *ventre* est très large, très volumineux et on note une petite *hernie ombilicale*. Le bassin est assez étroit ; les fesses sont tremblantes.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont courts dans tous

leurs segments ; les os des avant-bras sont légèrement incurvés ; les extrémités osseuses des poignets sont un peu hypertrophiées. Les jambes sont très arquées, principalement la gauche ; les mains et les pieds sont très gros, la peau est ridée aux mains, hypertrophiée aux mains et aux pieds.

La *peau* est sèche, épaisse et on observe une *éruption eczémateuse* entre les épaules. Il n'y a ni duvet, ni poils sur le ventre, le dos, les cuisses, les aisselles, l'anus qui présente une petite *hémorroïde*. — Les aisselles sont glabres (*Fig.* 10 et 11.)

Puberté. — Tout à fait à la partie inférieure du pénil, entre le pli transversal et l'extrémité supérieure des grandes lèvres, on trouve deux bouquets composés de quelques poils noirs ; il y en a aussi quelques-uns sur les grandes lèvres, qui sont peu développées. Les petites lèvres font un peu saillie entre les grandes lèvres. L'hymen est épaissi, saillant. G... a dans une certaine mesure, le sentiment de la pudeur. Depuis son entrée à l'asile, elle aurait eu une fois ses règles, qui auraient duré deux jours au dire de la religieuse (?). Les *seins* sont aplatis, flasques, ridés (8 cent. sur 16) ; la glande est plus volumineuse, Les mamelons sont déprimés. On n'a pas observé d'onanisme.

La *respiration* est peu gênée (16 à 18). On entend parfois une sorte de renâclement. La *voix* est rauque, aigre, stridente. La *parole* est très lente, réduite à des mots très courts ou à des monosyllabes. La malade comprend ce qu'on lui dit, mais est très longue à répondre Elle est propre, mange seule, mais il faut lui couper ses aliments. Son appétit est modéré, elle n'aime pas la viande ; pas de vomissements ; constipation habituelle.

C... aide un peu à s'habiller ; elle n'est pas libre de ses bras dit-on. Tout ce qu'elle fait, elle l'exécute avec une extrême lenteur ; elle est très sensible au froid (T.R. 36°, 7). Son rire ressemble à celui des autres idiots myxœdémateux ; il a une expression un peu ironique.

La sensibilité générale, ainsi que la sensibilité spéciale, paraissent conservées. Voici quelles sont les principales dimensions du corps :

Tête. — Circonférence horizontale maxima..........	53 c.
Demi circonférence bi-auriculaire en passant par le vertex..........	27 »
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne..........	23 »
Diamètre antéro-postérieur maximum..........	32 »

Diamètre bi-pariétal	27 »
Tronc. — Circonférence au niveau des aisselles	62 »
Circonférence au niveau des mamelons	67 »
— de l'ombilic	72 »



Fig 10.

Membres supérieurs.

Circonférence au niveau des aisselles	21 »
— du pli du coude	19 »
— des poignets	14 »

Membres inférieurs.

Circonférence au niveau de l'aine	23 »
Circonférence à 0m, 05 cent. au-dessus du bord supérieur de la rotule	25 »
Circonférence au niveau du milieu du mollet	23 »
— du cou de pied	18 »
— de la partie moyenne du pied	17,5



Fig. 11.

La description qui précède, les *figures* 10 et 11 qui l'accompagnent, témoignent d'une façon indubitable qu'il s'agit là d'un cas type d'*idiotie myxœdémateuse.*

Afin de mieux faire ressortir les caractères de cette forme d'idiotie, nous allons rapporter l'observation, malheureusement incomplète, d'un idiot ordinaire, appartenant à une autre catégorie (*idiotie polycarcique*), mais se rapprochant à quelques égards de la forme dont nous nous occupons spécialement dans ce travail.

OBSERVATION.
Idiotie polysarcique.

R..., 28 ans, né le 16 septembre 1862, à Saint-Aubin-sur-Loire, arrondissement de Charolle (Saône-et-Loire), est depuis plusieurs années déjà à l'asile départemental de Mâcon. — Son père et sa mère sont morts, et il n'est visité pas aucun parent, de sorte qu'il est impossible d'avoir des renseignements sur ses antécédents et sur ceux de sa famille. Tout ce qu'on sait, c'est qu'il a été envoyé à l'asile par l'hospice d'Autun, *parce qu'il se touchait et cherchait à lever les jupes des petites filles.* Poids : 44 kilog. ; taille : 1m 18.

Sa *tête* est très grosse, rappelant la conformation de la tête des idiots myxœdémateux, en ce sens que la moitié postérieure a un volume exagéré. Il existe une sorte de rainure au niveau de la suture fronto-pariétale, mais on ne saurait affirmer la persistance d'une partie de la fontanelle antérieure. Les cheveux sont noirs, abondants, sans coloration rousse. Le cuir chevelu n'offre ni crasse ni calvitie partielle. La face est symétrique. Le front est bas, à peine ridé ; les bosses frontales sont déprimées, Les paupières sont pâles, un peu bouffies et atteintes d'une inflammation chronique. Le *nez* est camus, mais a un degré bien moins marqué que chez les idiots myxœdémateux. La *bouche est énorme* (65 millim.), laissant couler sans cesse une bave abondante ; les lèvres sont très épaisses ; la *langue* est considérablement hypertrophiée, pendante. Le *menton n'est pas aplati*, mais assez long au contraire, en quelque sorte double ; les dents sont noires, raboteuses ; striées, mais régulièrement implantées ; les mâchoires sont saillantes ; les oreilles, assez régulières, ont leur couleur naturelle ; les joues sont flasques. Le *cou* est volumineux et court (circonférence : 42 cent.) ; il n'y a pas de masse pseudo-

lipomateuses dans les creux sus-claviculaires, le palper semble indiquer l'existence de la glande thyroïde.

Le *thorax* est régulièrement conformé (circonférence au niveau des mamelons à l'expiration, 83 cent.) de même que la colonne vertébrale; le ventre a sa conformation ordinaire et ne rappelle en rien celui des myxœdémateux (circonférence au niveau de l'ombilic : 79 cent.). Il n'y a pas de hernie (*fig.* 12 et 13).

La *verge* est volumineuse, le gland découvert; le méat est large, les testicules ont le volume d'un petit œuf de poule et sont égaux. Sur le pénil, il y a des poils longs, noirs, assez fournis; rien dans les aines. L'onanisme persiste et, de plus, R.. cherche à toucher les autres.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* n'ont pas une longueur proportionnée à celle du tronc; les mains et les doigts sont courts, carrés; il n'y a pas de déformation rachitique, sauf peut-être une légère incurvation du tibia en bas; la peau des pieds et des mains n'est pas épaissie, pachydermique, et ne donne pas de gros plis sacciformes à la pression.

La *peau* est blanche, n'offrant nulle part l'aspect cireux, jaunâtre ou pseudo-œdémateux, ni d'éruption eczémateuse. Le tissu adipeux sous-cutané est très abondant. Les moustaches commencent à se dessiner; les poils sont assez abondants aux extrémités, rares au milieu de la lèvre supérieure. La mouche est rudimentaire. La barbiche commence à s'accentuer. Sur les joues, il y a des poils bruns, fins, courts, disséminés par îlots irréguliers. Les poils, très rares sous les aisselles, assez abondants sur les reins, ainsi que sur la partie supérieure et la face antérieure des cuisses, sont assez nombreux à l'anus qui ne présente pas d'hémorroïdes,

La *respiration* ne parait pas gênée, il n'y a point de cyanose des lèvres. L'haleine est normale.

R... n'est pas sensible au froid; il ne recherche ni le soleil ni le feu; sa physionomie est celle de l'idiot complet. Sa *parole* est nulle. Parlant de sa *voix*, la religieuse dit qu'il fait comme un veau, comme une bête sauvage. Il rit tout seul aux éclats par accès, sans motif. Parfois il est sujet à des colères pendant lesquelles il pousse des cris épouvantables, griffe la figure de ceux qui le contrarient. On assure qu'il fait signe pour être conduit aux cabinets et ne gâte pas la nuit. Il semble content quand on lui rend service. Il marche à condition d'être aidé, lourdement, en raison de son *obésité* qui est bien mise en relief par les mensurations que nous avons données.

R... mange et boit modérément, aime la viande, digère bien,

à des selles quotidiennes. Le pouls est régulier, à 72. L'auscultation ne dénote rien de particulier. Voici le complément des principales mensurations du corps.

Tête. — Circonférence horizontale moyenne..........	57 c.
Demi-circonférence bi-auriculaire....................	27 »



Fig. 12.

Diamètre antéro-postérieur maximun................	19 »
— bi-pariétal..................................	15 »
— bi-auriculaire................................	14 »
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne..	24 »

Membres. — Circonférence du bras au niveau des aisselles		24 »
Circonférence du pli du coude		24 »
—	des poignets	17 »
—	de la cuisse au niveau de l'aine	46 »
—	à 5 centimètres au-dessus de la rotule	33 »
—	du milieu du mollet	29 »
—	du cou de pied	25 »
—	du pied à sa partie moyenne	23 »

Au premier abord, cet idoit semble appartenir à la catégorie des idiots myxœdémateux, en raison de la configuration générale de sa tête, de l'existence d'une rainure crânienne qui pourrait faire supposer que la fontanelle antérieure n'est pas tout à fait ossifiée; d'un peu de bouffissure et d'une inflammation chronique des paupières; mais il en diffère à beaucoup d'autres égards: la peau n'a pas l'apparence cireuse, les oreilles n'ont pas l'aspect pseudo-œdémateux; il n'y pas de coloration rousse des cheveux, ni de masses pseudo-lipomateuses, ni d'état pachydermique des mains et des pieds dont la peau ne forme pas des espèces de sacs. Le front n'est pas ridé. La voix n'est pas aigre, la glande thyroïde paraît exister, la respiration n'est pas gênée; les lèvres ne sont pas cyanosées; il n'y pas de hernie et le ventre n'a nullement l'aspect classique. Il n'y a pas de déformation rachitique. L'appétit est plutôt exagéré, la sensibilité au froid est absente. Si sa démarche est lourde, elle n'a pas la lenteur extrême et en quelque sorte spéciale des myxœdémateux. La puberté est accentuée; le malade se livre à l'onanisme, a des désirs sexuels. Enfin, il n'y a ni crasse du cuir chevelu, ni éruption eczémateuse.

La comparaison entre ces deux malades que nous avons pu observer, grâce à l'obligeance de M. le D[r] Thénot et de M. Sirot, le premier, médecin, le second, directeur de l'asile départemental de Mâcon, est bien mise en évidence par les *figures* 12 et 13 (1).

Les médecins, désireux d'étudier l'idiotie myxœdémateuse et de vérifier l'exactitude de la description que

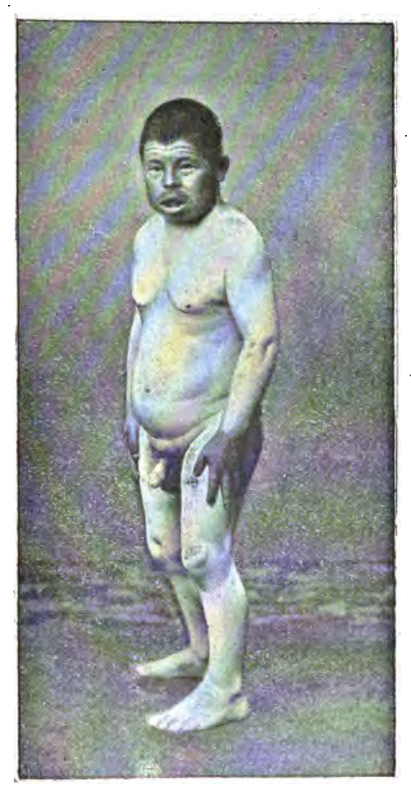


Fig. 13.

(1) Les cas d'*idiotie polysarcique* ne sont pas très rares. Nous en avons vu plusieurs à la Salpêtrière et à Bicêtre, Voici quelques détails sur l'un de ces cas : Eugène Huln..., né le 28 octobre 1872, est entré dans mon service; le 21 mars 1881; il pesait alors 24 kilog. 100 et sa taille était de 1m 20.

Jusqu'à sa sortie, le 5 août 1881, son aspect n'avait rien de partculier, son poids était de 26 kilog. 400, sa taille était de 1m 21. Cet enfant est rentré le 30 juin 1888. A cette époque son poids était de 76 kilog. 800; sa taille de 1m 57. Depuis lors, jusqu'au mois de juillet 1890. le poids et la taille ont subi les modifications suivantes :

nous allons résumer tout à l'heure, pourront voir outre les trois malades de notre service, un autre cas-type qui se trouve actuellement dans le service de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Notre savant maître a eu l'obligeance de nous le signaler en nous demandant s'il rentrait bien dans la catégorie des idiots myxœdémateux. L'observation complète sera sans doute publiée par M. le Dr Feulard.

Nous avons donné ensuite le résumé de l'observation de la malade de M. Fournier que nous ne reproduisons pas, parce que cette malade étant entrée dans notre service, nous aurons l'occasion de publier bientôt son histoire complète.

Nous avons fait ensuite passer sous les yeux des membres du Congrès un tableau statistique comprenant 44 cas d'idiotie myxœdémateuse, avec leurs principales particularités. Enfin, nous avons terminé notre communication en traçant le *résumé nosographique* de cette forme d'idiotie. Comme ce résumé ne diffère que par quelques détails de celui que nous avons publié dans le Compte rendu de notre service pour 1889 (p. 100-112,), nous croyons inutile de le réimprimer.

	Poids.	Taille.
1889. 1er janvier	72.100	1.575
— 1er juillet	62.900	1.610
1890. 1er janvier	63.000	1.645
— 1er juillet	55.500	1.670

Comme le montrent ces chiffres, au mois de juin 1888, l'enfant, âgé de 16 ans était atteint d'une *obésité* incontestable, puisqu'il pesait 76 k. 800. Depuis lors, sous l'influence des exercices et de la gymnastique, il a diminué de 11 k. 300, en même temps que sa taille a notablement augmenté.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE. I.

Les quatre figures de cette planche représentent l'enfant d'Ars.., (OBSERVATION, p. 33).

Fig. 1. — Dars... à l'âge de 9 ans ; il est en robe de gâteux.

Fig. 2. Dars... à l'âge de 10 ; il est devenu propre et a été mis en pantalon.

Fig. 3 et 4. — L'enfant est représenté nu afin de donner une idée exacte de sa paralysie. Il avait 9 ans.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

PLANCHE II.

Cette planche, assez défectueuse, représente la calotte crânienne de Jans... (p. 67 et 87). On y voit très nettement les dentelures fronto-pariétales, etc.

PLANCHE II.

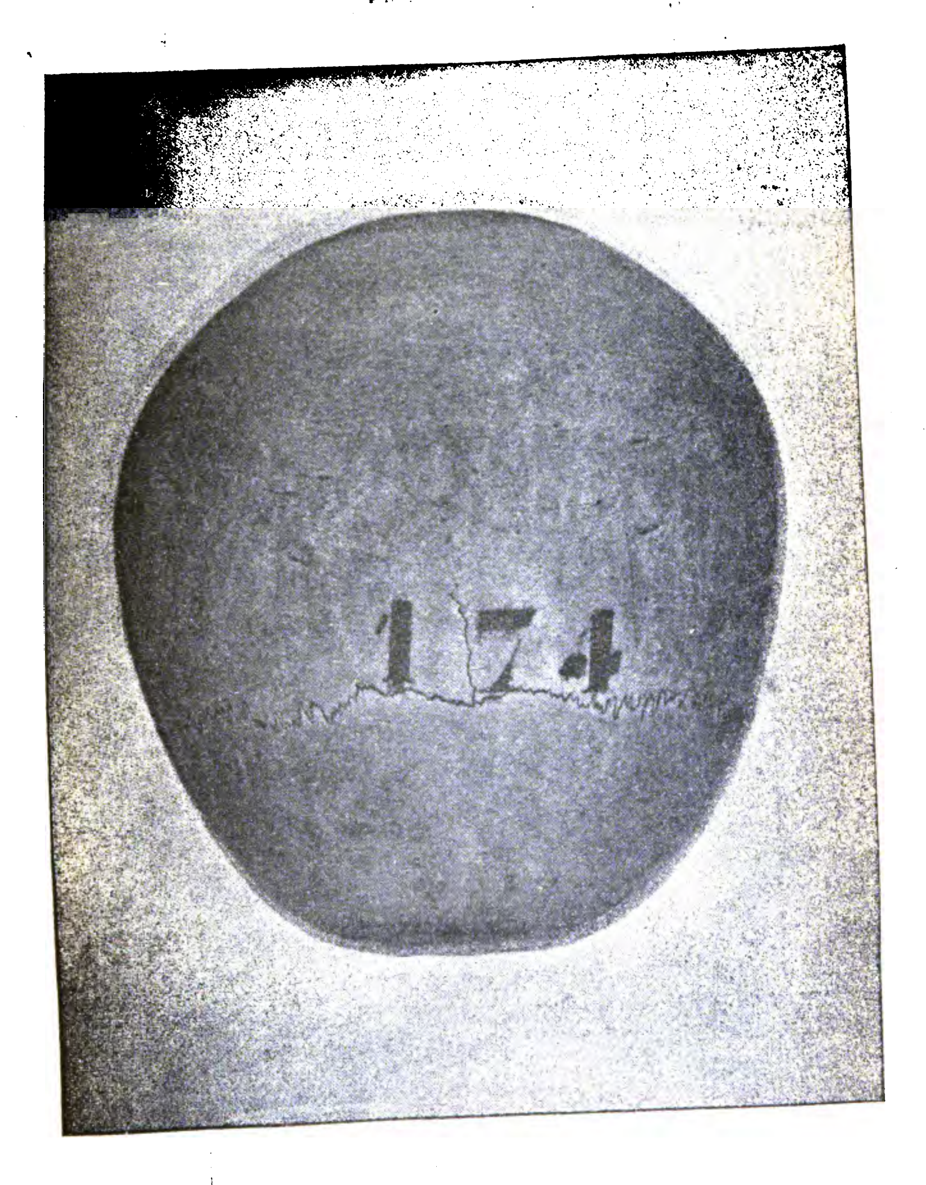
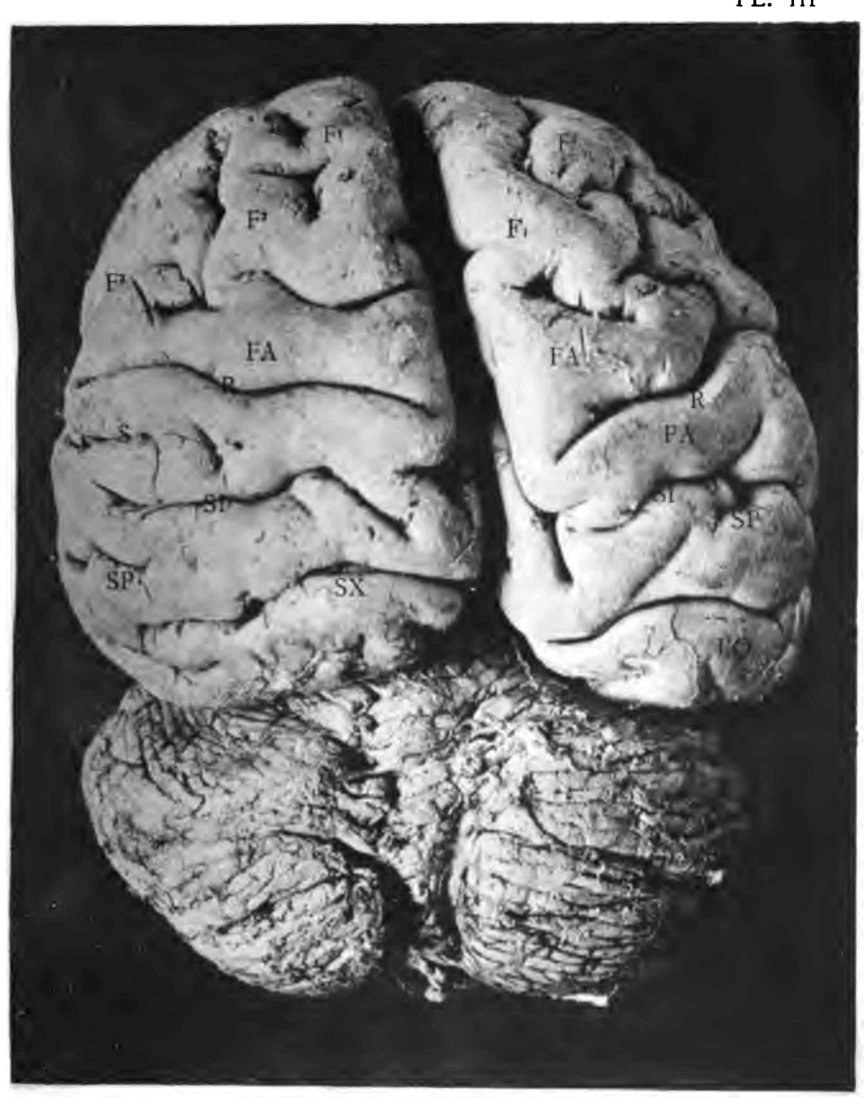


PLANCHE III.

Microcéphalie : face convexe de l'encéphale de Clut... (OBSERVATION I, p. 120).



Procédé G. Pilarski, A. Murat & Cie · 33. Rue Hallé. Paris.

PLANCHE IV.

Microcéphalie ; face convexe de l'encéphale de Clut...

PL. V



Procédé G. Pilarski, A. Murat & Cie

33, Rue Hallé. Paris.

PLANCHE V.

Microcéphalie ; base de l'encéphale de Clut...

PL. IV



Procédé G. Pilarski, A. Morat & Cie

33, Rue Hallé. Paris.

PLANCHE VI.

Face interne des hémisphères cérébraux de Clut... (Cette planche a été faite tardivement, alors que le cerveau avait macéré depuis longtemps déjà dans l'alcool; elle est par conséquent un peu moins longue qu'elle ne l'était à l'époque où on a pris les autres photographies, c'est-à-dire quelques jours après l'autopsie).

Pl. VI

I

II



Procédé G. Pilarski, A. Murat & Cie

33, Rue Hallé. Paris.

PLANCHE VII.

Microcéphalie : observation de Jan... (OBSERVATION II, p. 134). La *figure* 1 le montre en gâteux.

Pl. VII.



11 ANS
Avril 1880.



14 ANS 1/2
Octobre 1883.



17 ANS
Mai 1886.



19 ANS 1/2
Octobre 1888.

PLANCHE VIII.

Microcéphalie : observation de Jan... (p. 134).



19 ANS 1/2
Octobre 1888.



20 ANS
Juillet 1889.



21 ANS 1/2
Septembre 1890.



22 ANS
Mai 1891.

PLANCHE IX.

Microcéphalie : observation de Jan... (p. 134). La *figure* 2 représente Jan. dans une de ses périodes de folie, vêtu d'oripeaux. — Ces trois planches permettent de suivre le développement de la *puberté*.



22 ANS
Mai 1891.



22 ANS 1/2
Août 1891.



22 ANS
Mai 1891.



22 ANS
Mai 1891.

PLANCHE X.

Microcéphalie : observation de Jan... Cette planche est destinée à montrer les progrès de Jan. au point de vue de l'Instruction primaire.

PLANCHE X.

8 1 9 0 4
7 3 6 8 7

Fig. 5

chat sont là
tom ber.
rē ci pi lent
mi net leve
ier montre l
econd fait

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Section I : Bicêtre.

HISTOIRE DU SERVICE PENDANT L'ANNÉE 1890.

SECTION II : **Fondation Vallée.**

DEUXIÈME PARTIE.

CLINIQUE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Tous les articles qui précèdent sont inédits.)

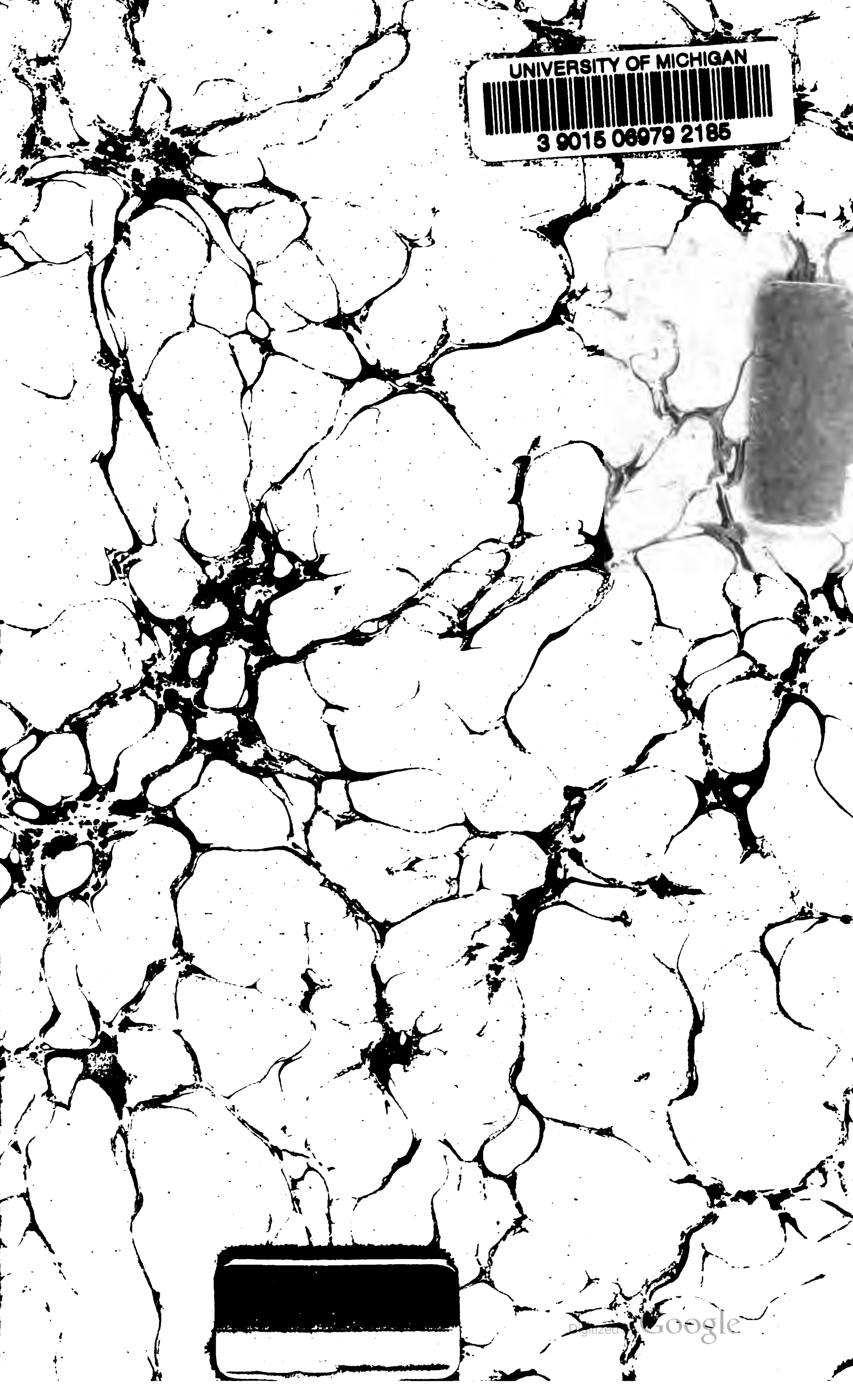
TROISIÈME PARTIE.

---

(1) Le malade de notre OBSERVATION III (p. 5), a été l'objet d'une leçon de M. CHARCOT. (V. *Leçons du mardi*, 2e édition, tome I, p. 211).

N° 111. — Imprimerie typographique des Enfants de Bicêtre.





UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06979 2185

